

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství



Jana Gardoňová

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Informovanost žen ve věku od 20 do 40 let v oblasti močové inkontinence vznikající v souvislosti s těhotenstvím a porodem

Awereness of woman aged 20 to 40 years in the urinary incontinency arising in connection with pregnancy and childbirth

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Novotná

Praha 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 9. 4. 2013

JANA GARDOŇOVÁ

.....

Identifikační záznam:

GARDOŇOVÁ, Jana. *Informovanost žen ve věku od 20 do 40 let v oblasti močové inkontinence vznikající v souvislosti s těhotenstvím a porodem. [Awareness of woman aged 20 to 40 years in the urinary incontinency arising in connection with pregnancy and childbirth]*. Praha, 2013, 92 s., 10 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Novotná, Jana.

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Janě Novotné za ochotu, trpělivost a cenné rady, které mi poskytla při vedení mé bakalářské práce. Také celému svému kolektivu za pomoc a podporu po celou dobu mého studia.

ABSTRAKT:

Téma mé bakalářské práce zní Informovanost žen ve věku od 20 do 40 let v oblasti močové inkontinence vznikající v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

Bakalářská práce je rozdělena do 2 částí – na teoretickou část a praktickou část. Teoretická část je věnována anatomii a fyziologii ženského močového ústrojí a močové inkontinenci, jejím druhům, pomůckám, léčbě, prevenci, edukaci a ekonomické problematice. V empirické části jsem zjišťovala úroveň informovanosti žen v oblasti močové inkontinence vznikající v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Výsledků jsem dosáhla prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření. Výzkum jsem prováděla pomocí dotazníků.

KLÍČOVÁ SLOVA:

močová inkontinence, porod, těhotenství, žena, informovanost, dotazník

ABSTRACT:

The subject of my bachelor thesis is Awareness of woman aged 20 to 40 years in the urinary incontinency arising in connection with pregnancy and childbirth.

The thesis is divided into two parts - theoretical and practical one. The theoretical part is devoted to the anatomy and physiology of the female urinary tract and urinary incontinence, its types, aids, treatment, prevention, education, and economic issues. I have been identifying , the level of awareness of women in urinary incontinence arising in connection with pregnancy and childbirth, in the empirical part. I have used quantitative research to achieve results. My research was conducted using questionnaires.

KEY WORDS:

urinary incontinence, childbirth, pregnancy, woman, information, questionnaire

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1. Anatomie dolních cest močových.....	10
1.1 Močový měchýř	10
1.2 Močová trubice	10
1.3 Svaly pánevního dna	11
1.3.1 Svaly diaphragma pelvis.....	11
1.3.2 Svaly diaphragma urogenitale.....	11
2. Fyziologie funkce dolních cest močových.....	12
2.1 Mikce.....	12
3. Inkontinence.....	14
3.1 Typy inkontinence.....	14
3.1.1 Stresová inkontinence.....	14
3.1.2 Urgentní inkontinence	15
3.1.3 Reflexní inkontinence.....	15
3.1.4 Paradoxní inkontinence	15
3.1.5 Funkční inkontinence	15
3.2 Rizikové faktory a příčiny vzniku močové inkontinence	16
3.3 Vyšetřovací metody močové inkontinence.....	19
3.3.1 Anamnéza	19
3.3.2 Fyzikální vyšetření a klinické testy	20
3.3.3 Laboratorní vyšetření	21
3.3.4 Zobrazovací metody	21
3.3.5 Speciální vyšetření	22
3.4 Léčba močové inkontinence	23

3.5 Fyzioterapie svalů pánevního dna	27
3.5.1 Posilování pánevního dna po porodu	29
3.6 Prevence vzniku stresové inkontinence moči	30
3.7 Ekonomická stránka péče o inkontinentní ženy	31
3.8 Edukace žen trpících inkontinencí	32
3.9 Močová inkontinence u mužů	33
PRAKTICKÁ ČÁST	36
4. Cíl práce a metodika práce	36
4.1 Cíl práce	36
4.2 Metodika práce	36
4.2.1 Metody šetření	36
4.2.2 Charakteristika výzkumného souboru	38
5. Výsledky	39
5.1 Interpretace výsledků dotazníkového šetření – faktografické otázky a otázky zaměřené na informovanost žen v oblasti močové inkontinence	39
5.2 Vyhodnocení faktografických otázek	40
5.3 Vyhodnocení otázek zaměřených na informovanost v oblasti močové inkontinence	42
6. Diskuze	72
7. Návrh pro praxi	83
8. Závěr	84
9. Seznam použité literatury	87
10. Seznam citací	89
11. Seznam informačních zdrojů použitých pro tvorbu příloh	91
12. Klíčová slova	92
Přílohy	93

ÚVOD

Mezinárodní společnost pro inkontinenci ICS (International Continence Society) charakterizuje močovou inkontinenci jako nedobrovolný únik moči, který představuje biopsychosociální problém.

Tímto problémem trpí ženy, muži i děti. Světová zdravotnická organizace WHO (World Health Organization) udává, že ve všech zemích světa trpí močovou inkontinencí 5 – 8% obyvatelstva. Na Českou republiku pak připadá odhadem 670 000 inkontinentních obyvatel, z toho asi 510 000 žen. Jedním z důvodů, že neustále narůstá počet inkontinentních žen je zvyšující se průměrný věk populace. Své nezastupitelné místo zde má ovšem také těhotenství a porod, jakožto rizikové faktory, které přispívají ke vzniku stresové inkontinence u žen mladšího věku. I přes neustálý nárůst inkontinentních žen, stále více než polovina z nich nevyhledá lékařskou pomoc, protože se za svůj problém stydí. A to i přes fakt, že inkontinence ovlivňuje negativně kvalitu jejich života a to ve všech sférách, ať v psychické, fyzické, sociální nebo v pracovním, sexuálním a soukromém životě.

Téma své bakalářské práce, tedy *Informovanost žen ve věku od 20 do 40 let v oblasti močové inkontinence vznikající v souvislosti s těhotenstvím a porodem*, jsem zvolila proto, že si myslím, že bývá močová inkontinence přisuzována spíše ženám starším, jako problém přicházející s věkem, ale na mladé ženy, u kterých může vznikat inkontinence v souvislosti s těhotenstvím a porodem, je v informovanosti zapomínáno. Cílem bylo zjistit, zda mladé ženy dostávají dostatek informací týkajících se močové inkontinence, odkud tyto informace dostávají, zda mají všeobecný přehled ve vztahu k tomuto problému a zda jsou informovány o tom, kdo jim může poskytnout další informace a mají-li o ně zájem.

Podle Gärtnera se informovanost žen v oblasti močové inkontinence v posledních letech zlepšila. Podíl přidává tomu, že se na trhu objevily pomůcky, které mají usnadnit řešení močové inkontinence a tím se začalo o inkontinenci více veřejně hovořit a psát. Močová inkontinence není normální, a proto by neměla znepříjemňovat život ženy. Každá žena by tedy měla být o problematice močové inkontinence řádně informovaná, aby jí mohla účinně předcházet a čelit.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Anatomie dolních cest močových

1.1 Močový měchýř

Močový měchýř je dutý svalový orgán, který slouží jako rezervoár moči. Moč je do močového měchýře přiváděna z ledvin močovody. Tvar močového měchýře závisí na jeho naplnění, je-li prázdný má miskovitý tvar, naplní-li se, jeho tvar je kulovitý. Na močovém měchýři rozeznáváme dno, tělo, hrot a krček. Stěna močového měchýře je tvořena hladkou svalovinou, která má tři vrstvy – vnitřní, střední a zevní. Tyto tři vrstvy tvoří dohromady celek, který umožňuje vypuzování obsahu měchýře. Celek se nazývá *mutulus detrusor*. Pod svalovou vrstvou se nachází podslizniční vazivo, které je poskládáno v řasy. Uvnitř je stěna močového měchýře kryta sliznicí, jež je tvořena více vrstevnatým přechodním epitelem. Močový měchýř je zásobován tepnami *Aa. vesicales superiores et inferiores*, které odstupují z *A. iliaca interna*. Krev je odváděna do *V. iliaca interna* žilními pleteněmi, které jsou kolem močového měchýře. Inervaci močového měchýře zajišťují sympatická a parasympatická vlákna dohromady tvořící *plexus vesicalis*.

1.2 Močová trubice

Mezi močovou trubicí ženy a muže existují jisté rozdíly. Močová trubice ženy vystupuje z močového měchýře a ústí v prostoru mezi malými stydkými pysky. Je dlouhá asi 3-5 cm a široká 6-8 mm. Skládá se ze tří částí a to část intramurální procházející stěnou močového měchýře, část pelvickou prostupující přes *diaphragma urogenitale* a část perineální, která leží na hrázi pod *diaphragma urogenitale*. Močová trubice je tvořena jako močový měchýř svalovinou, podslizničním vazivem a sliznicí, která je v počátečních úsecích tvořena epitelem močového měchýře, tedy přechodním, který následně přechází v mnohvrstevný dlaždicový epitel bez rohování. Močová trubice je zásobována krví pomocí *a. vesicalis inferior*

a a.pudenda interna. Žíly vedou krev do plexus vesicalis. Inervace je zajištěna n.sympaticus a n.parasympaticus.

1.3 Svaly pánevního dna

Svaly pánevního dna mají společně se svaly hráze vztah k urogenitálnímu ústrojí. Dělíme je do dvou skupin a to na svaly diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale. Svaly pánevního dna jsou znázorněny v seznamu příloh. (příloha č. 1)

1.3.1 Svaly diaphragma pelvis

Svaly diaphragma pelvis mají nálevkovitý tvar a jsou tvořeny svaly m.levator ani skládající se z částí pars pubica a pars iliaca. Mezi pars pubica pravé a levé strany je štěrbina jíž prostupují vývodné cesty močové a cesty pohlavní. Svalové snopce této části podpírají dělohu s vaginou a fixují rectum.

1.3.2 Svaly diaphragma urogenitale

Dle Naňky (2009, s. 222) je diaphragma urogenitale vytvořena jako trojúhelníková vazivová membrána ve východu pánevním od symfýzy až k tubera ischiadica, kde nasedá zespodu na diaphragma pelvis. Skrze diaphragma urogenitale procházejí uretra a vagina. Dalším důležitým svaem mimo jiné je u ženy m. sphincter uretrovaginalis, jež má významnou funkci při udržování kontinence. U ženy dále nacházíme m. compresor urethrae. M. sphincter urethrae externus se podílí na uzávěru močové trubice.

2. Fyziologie funkce dolních cest močových

Udržení moči a normální mikce je komplikovaný a pouze částečně objasněný děj. Jedná se o shromažďování a vyprazdňování moči z močového měchýře ovládané centrální nervovou soustavou.

V močovém měchýři se moč shromažďuje a následně se dle potřeby vypouští. Při plnění močového měchýře se zvyšuje ve svalové stěně měchýře tlak. Po dosažení určité náplně, asi 200 ml, se tlak začne zvyšovat. Tyto informace o zvyšujícím se tlaku jsou vedeny do sakrální oblasti míchy, kde se nachází centrum pro mikci a dále do mozku, kde jsou modifikovány mostem a velkým mozkem. Při maximální náplni močového měchýře je vyvolán mikční reflex.

2.1 Mikce

Mikce neboli urinace je děj, při kterém dochází ke zbavování se moči z močového měchýře přes močovou trubici ven z těla. Jedná se o spinální reflex, který můžeme do určité míry ovlivňovat vůlí. Počet mikcí za den závisí na příjmu a výdeji tekutin a je tedy individuální.

„Na počátku mikce se kontrahuje detrusor, dále pak i bránice a svaly břišní stěny, zvyšuje se intraabdominální tlak. Uvolněním přední části m.pubococcygeus a kontrakcí jeho zadní části se otevře proximální uretra a klesá uretrovezikální junkce a báze močového měchýře. Následně je potlačena inhibice sakrálního mikčního centra z kortexu a parasympatikus cestou nn. pelvici vyvolá kontrakci detruzoru a příbuzných svalových vláken v močové trubici, která zkracují a otevírají její vnitřní ústí. Potom rychle klesá intrauretrální tlak, moč naplňuje proximální uretru, intraabdominální tlak naopak stoupá a ve chvíli, kdy se vyrovnají, začíná mikce. Během ní trvá vysoký tlak v močovém měchýři, snižuje se napětí jeho stěny a se zkrácením svalových vláken roste efektivita kontrakce detruzoru, takže síla potřebná k mikci se snižuje. Na konci mikce probíhá děj opačně: pánevní dno, zevní a vnitřní svěrač močové trubice kontrahují, báze močového měchýře se zvyšuje, tok moči je přerušen ve střední třetině uretry. Nálevkovité rozšíření uretry mizí zespodu nahoru, obsah moči v horní

třetině je vypuzen zpět do močového měchýře a je obnovena kortikální inhibice mikčního centra.“(Halaška, 2004, s. 18)

Množství moči vymočené za den se pohybuje asi okolo 1000-1500 ml.

3. Inkontinence

Budayová (2010, s. 4) říká: „*Inkontinence je stav, kdy člověk není schopen vědomě regulovat odchod moči z těla. Nejde o jednu nemoc, ale v podstatě o symptom (příznak) vyskytující se z různých příčin.*“ Inkontinence je nedobrovolný, nečekaný únik moči. Často se jedná o přechodný stav, který doprovází změnu zdravotního stavu. Ale může se jednat i o stav trvalý. Vzhledem k anatomii močového ústrojí, těhotenství, porodu a menopauze vzniká inkontinence častěji u žen než u mužů. Častěji jsou inkontinencí postiženy starší ženy. Většinou se vyskytuje v souvislosti se svaly pánevního dna a močového ústrojí, kdy se svaly močového měchýře nečekaně kontrahují, nebo svaly okolo močové trubice se nečekaně relaxují. Ženy, které jsou inkontinencí postiženy, se často vyhýbají společenskému životu, protože se za svůj problém stydí. Inkontinenci lze však úspěšně léčit pomocí fyzioterapie a řady dostupných pomůcek, které nabízí trh.

3.1 Typy inkontinence

Inkontinence bývá rozdělena na čtyři typy podle etiologie a patogeneze. Adamík (2007, s. 4) ve svém článku uvádí: „*Podle ICS* se inkontinence moči dělí na: stresovou, urgentní a to motorickou a senzorickou, dále reflexní a paradoxní.*“

3.1.1 Stresová inkontinence

Stresová inkontinence je nechtěný únik moči, který je způsobený náhle vzniklým vzestupem intraabdominálního tlaku. Intraabdominální tlak se zvyšuje například při kašli, kýchnutí, smíchu, zvedání těžkého břemene a podobně. Zvýšený tlak se přenesení na močový měchýř a překoná odpor močové trubice. Při tomto typu inkontinence dokáže žena obvykle zastavit proud moči stažením svalů pánevního dna.

*ICS - International Continence Society – Mezinárodní společnost pro inkontinenci

3.1.2 Urgentní inkontinence

Za urgentní inkontinenci je považován každý nechtěný únik moči spojený s nucením na močení. Příčinou je nepřiměřená kontrakce močového měchýře. Osoba postižená urgentní inkontinencí má náhlý pocit nucení na močení, ale už nestihne dojít na toaletu a pomoci se. Jedná se o nepředvídatelný děj.

3.1.3 Reflexní inkontinence

Reflexní inkontinence vzniká v souvislosti s míšní lézí. Objevuje se například u fraktury obratle, nebo při neurologickém onemocnění mozku či míchy aj.

3.1.4 Paradoxní inkontinence

Paradoxní inkontinence je nechtěný únik moči z přeplněného močového měchýře. Moč nemůže z různých důvodů odcházet při normální mikci, močový měchýř se plní a moč odtéká z močového měchýře nekontrolovaně v malém množství. Močový měchýř se však nevyprázdní úplně. Příčinou může být poškození horního či dolního motorického neuronu například úrazem nebo karcinomem. Další příčinou může být mechanická nebo funkční obstrukce močové trubice například tumor nebo spasmus.

3.1.5 Funkční inkontinence

Funkční inkontinencí trpí nejčastěji lidé mající problém s myšlením, pohybem či komunikací. Tyto problémy jim zabraňují dojít si na toaletu.

Halaška (2004, s. 25) udává, že ve světové literatuře je kromě výše zmíněných typů inkontinence popsáno i několik speciálních situací, při kterých může dojít k nechtěnému úniku moči. Tyto situace jsou popsány jako:

- *koitální inkontinence* – únik moči během pohlavního styku. K úniku dochází buď při penetraci v důsledku defektu přední stěny poševní, či inkompetenci uretrálního sfinkteru, nebo k úniku dochází při orgasmu v důsledku nestability detrusoru.
- *Post-void dribbling* – je únik moči po volně ukončené mikci. Příčinou může být uretrální divertikl, cystouretrókéla, či nestabilní detrusor.
- *Giggle inkontinence* – se objevuje sporadicky u mladých dívek při smíchu. Bývá způsobena funkční nezralostí neurogení kontroly mikce.

3.2 Rizikové faktory a příčiny vzniku močové inkontinence

Vzhledem ke zvolenému tématu práce bych se ráda v další části zaměřila na inkontinenci stresovou.

Dle Chmela (2010, s. 25) je příčinou stresové inkontinence moči nedostatečnost uzavíracího mechanismu hrdla močového měchýře a močové trubice, která vzniká jejich nadměrně zvýšenou pohyblivostí nebo slabostí. Únik moči je vždy spojen s určitou fyzickou aktivitou. Typické přitom je, že se před nechtěným únikem moči nikdy nedostaví nucení na močení. Postihuje jak mladší ženy, tak ženy v perimenopauze a v pozdějším věku. Stresovou inkontinenci rozdělujeme do tří stupňů:

1. Stupeň: Lehká forma – jedná se o únik moči při náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku (kašel, kýchnutí).
2. Stupeň: Střední forma – únik moči nastává i při mírném zvýšení nitrobřišního tlaku (chůze po schodech, lehčí fyzická práce).
3. Stupeň: Těžká forma – moč uniká i při minimální fyzické námaze.

S žádostí o pomoc přicházejí nejčastěji pacientky s potížemi 1. a 2. stupně. Ženy s 3. stupněm se v ambulancích vyskytují naštěstí jen výjimečně.

Mezi rizikové faktory podílející se na vzniku stresové inkontinence patří nejčastěji:

- *Genetická vloha*: vrozená dispozice je zpravidla jen jakýmsi základním kamenem, na který pak nasedají další rizikové faktory.

- *Porod*: Frantálová (2007 s. 3) říká: „*Určitým stupněm narušení statiky pánevního dna trpí až polovina žen, které přivedly na svět dítě, a dokonce u 10 až 20 procent všech rodiček s sebou toto poškození nese inkontinenci moči a stolice se všemi komplikacemi, které toto onemocnění obvykle provázejí.*“ Stresovou inkontinencí trpí jen velmi zřídka ženy, které nikdy nerodily. Je prokázána souvislost porodu přirozenou cestou se vznikem inkontinence. Platí také to, že čím více porodů žena prodělá, tím se zvyšuje riziko vzniku stresové inkontinence. Riziko rozvoje inkontinence se zvyšuje ale nejen u matek, které rodily více než jednou, ale také u matek, které porodily pouze jednou a to dítě o hmotnosti vyšší než 4000 g. Za hlavní příčinu je považováno natažení svalů a vazů pánevního dna a částečné narušení pánevních nervů, které vzniká při porodu. Tímto mechanismem vznikne uvolnění závěsných vazů mezi stydkými kostmi a močovou trubicí a močovým měchýřem, což vede ke změně správné anatomické polohy. Tato poloha je považována za základní podmínku udržení moči při zvýšení nitrobřišního tlaku v průběhu fyzické aktivity.
- *Obezita*: stejně jako nadváha, tak i obezita má negativní vliv na vznik kterékoliv močové inkontinence, avšak stresové především. U obézních žen dochází vlivem dlouhodobého tlaku nitrobřišních orgánů na dolní močové a pohlavní cesty ke zvýšení pohyblivosti hrdla močového měchýře a močové trubice, což s rozvojem inkontinence přímo souvisí.
- *Hysterektomie*: jedná se o chirurgické odstranění dělohy. Hysterektomie patří mezi nejčastěji prováděný břišní chirurgický výkon vůbec. Příčiny, které vedou k odstranění dělohy jsou například silné menstruační krvácení, myomy ve svalovině děložní nebo pokles dělohy a poševních stěn. V prvních týdnech a měsících po hysterektomii dochází dle statistik ke vzniku stresové inkontinence, jejíž princip je jednoduchý. Močový měchýř je svojí zadní stěnou přirostlý k děloze. Děloha tak napomáhá udržovat močový měchýř ve správném anatomickém postavení. Po odstranění dělohy se tak močový měchýř nemá již o co opírat a stává se společně s močovou trubicí nadměrně pohyblivým. Pak dochází při zvýšení nitrobřišního tlaku k jeho hypermobilitě, která vede k nechtěnému úniku moči.
- *Hormonální vlivy*: V životě ženy existují období, ve kterých dochází k výraznému poklesu koncentrace estrogenů. Mezi tato období nepatří pouze menopauza, ale také těhotenství a období tvorby mateřského mléka - laktace. Laktace je proces tvorby mateřského mléka v mléčné žláze stimulovaný prolaktinem, což je hormon tvořený

v hypofýze. Hypofýza produkuje i řadu jiných, důležitých hormonů. Vysoká hladina prolaktinu způsobuje změny v dalších žlázách, výsledkem čehož je i nízká hladina estrogenů. Nedostatek estrogenů způsobuje mnoho změn. Mimo jiné i atrofii urogenitální, která vede u kojící ženy k snížení poševní sekrece, což zhoršuje kvalitu pohlavního styku a jeho prožívání. Dále tato atrofie vede k problémům s udržení moči. Vzhledem k tomu, že je laktace obdobím přechodným, jsou také přechodné změny, které ji doprovází. Z tohoto tedy plyne, že po ukončení laktace dochází k úpravě jak poševní sekrece, tak i ke zmizení močové inkontinence. Pakliže močová inkontinence do několika měsíců po ukončení kojení nevymizí, měla by žena vyhledat odbornou pomoc. Dalším obdobím, při kterém dochází k inkontinenci vzniklé v důsledku nedostatku snížené hladiny estrogenů, je klimakterium. Klimakterium je poměrně dlouhé období v životě ženy, které nastává u každé ženy individuálně, obvykle však začíná mezi 42. a 45. rokem života. Dochází při něm k vyhasínání funkce vaječníků a tím také k poklesu hladiny estrogenů. Tento pokles probíhá nerovnoměrně a nese s sebou spoustu změn a výkyvů souhrnně nazývaných jako „Klimakterický syndrom“. Jednou z těchto změn je také močová inkontinence vznikající v souvislosti s ochablostí svalů močového měchýře a pánevního dna v důsledku poklesu hladiny estrogenů.

- *Kouření:* Tento rizikový faktor nemá vliv pouze na vznik rakoviny plic či infarktu myokardu, ale také na nechtěný únik moči. Nikotin, který je obsažený v cigaretovém kouři má stimulační efekt na stažitelnost svaloviny močového měchýře, což vede k častějšímu nucení na močení, zmenšení kapacity měchýře a neschopnosti včas dojít na toaletu po náhlém nucení na močení. Dále chronický kuřácký kašel má vliv na narušení závěsných struktur hrdla močového měchýře a močové trubice. Tento fakt se sám o sobě stresovou inkontinencí nevyvolává, ale vždy zhoršuje její příznaky.

Na vzniku a vývoji stresové inkontinence se zřídka podílí pouze jeden rizikový faktor, nýbrž často jejich kombinace.

3.3 Vyšetřovací metody močové inkontinence

Diagnostika močové inkontinence v naší populaci poměrně vážne. Jedním z důvodů nedostatečné diagnostiky je stud pacientek za svůj problém s únikem moči, dalším problémem je to, že lékař často zapomene položit přímý dotaz týkající se močové inkontinence. Přitom je význam cílených dotazů lékaře pro stanovení diagnózy konkrétního typu močové inkontinence klíčový. Krčmář (2010, <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/stresova-inkontinence-moci-u-zen-po-porodu-455784>) udává: „*Diagnostika zahrnuje klasické a speciální vyšetřovací metody. Mezi klasické patří pečlivá anamnéza včetně dotazníků, rozborů moči, jakož i fyzikální vyšetření. Mezi speciální patří urodynamické, ultrasonografické, instrumentální vyšetření (kalibrace, cystoskopie) a funkční testy (např. test vážení vložek aj.). Zásadní je odlišit jednotlivé typy inkontinence.*“ Lze tedy říci, že jednou z nejdůležitějších vyšetřovacích metod směřujících k odhalení inkontinence močové je anamnéza. Dalšími a neméně důležitými metodami jsou fyzikální vyšetření a klinické testy, laboratorní vyšetření a v neposlední řadě také zobrazovací metody.

3.3.1 Anamnéza

Anamnézou se myslí vstupní pohovor lékaře s pacientkou. Tento pohovor začíná obvykle rodinnou anamnézou, kde lékař klade dotazy týkající se rodinné zátěže v oblasti močových a pohlavních cest. Dále potom následuje anamnéza osobní a gynekologicko-porodnická. Důležitá je také anamnéza pracovní a sociální. K problematice močové inkontinence neodmyslitelně patří anamnéza urologická, která informuje například o polakisurii, hematurii, bolestech nad sponou stydkou, nykturii, dysurii a podobných symptomech, které pomáhají nechtěný únik moči diagnostikovat. Při dotazování v rámci anamnézy mohou být nápomocné i speciální dotazníky, které usnadňují lékaři orientaci v problémech pacientky. Pro příklad lze uvést mikční deník (příloha č. 2), nebo Gaudenzův dotazník (příloha č. 3).

3.3.2 Fyzikální vyšetření a klinické testy

Fyzikální vyšetření začíná pohledem neboli aspexí. Aspexí jsou sledovány příznaky specifické pro inkontinenci a patologické stavy jako jsou macerace kůže rodidel, fluor, stav hráze, jizvy po předchozích epiziotomiích a rupturách, zevní ústí uretry, sestup poševních stěn, atp. Aspexie bývá prováděna i pomocí zrcadel. Při vyšetření v zrcadlech jsou pozorovány defekty závěsu pochvy a dělohy a to v klidu i při zátěži. Dalším z fyzikálních vyšetření je pohmat neboli palpce. Při tomto vyšetření je posuzována velikost a uložení dělohy, její pohyblivost a palpační citlivost. Neméně důležité je i další z fyzikálních vyšetření a to vyšetření per rectum, s jehož pomocí bývá posuzována míra poškození závěsu zadní poševní stěny, či poškození svěrače. Dá se tedy říci, že spolu s fyzikálním vyšetřením je prováděno vyšetření gynekologické.

Klinické testy jsou jednoduché testy, které se provádí v indikovaných případech. Mezi klinické testy patří:

- *Marshallův test*: Tento test je v některé literatuře označován jako Marshall – Bonneyho test. Vychází se z informace, že pacientce při zakašlání uniká moč, pakliže ale dvěma prsty zdvihneme parauretrální tkáň v místě krčku močového měchýře, pak při kašli moč neuniká. Cílem Marshallova testu je stanovit pravděpodobnost vyléčení stresové inkontinence pomocí operačního zákroku. Ve svém provedení však nevylučuje určitou kompresi uretry, což může vést k falešné pozitivitě, bez ohledu na skutečnou příčinu, která vyvolává únik moči. Proto je tedy pro klinickou praxi nevhodný.
- *Q - tip test*: Jedná se o test, jehož pomocí lze orientačně posoudit uretru a mobilitu uretrovesikální junkce. Do močové trubice je zavedena sterilní navlhčená štětička nebo pevná cévka a pacientka je vyzvána k zakašlání. Je sledován rotační pohyb štětičky kolem symfýzy vůči horizontále pomocí úhloměru. Test je prováděn v klidu a při zatlačení. Pakliže je změna větší než 30 stupňů je zužována hypermobilita močové trubice.
- *Pad – weight test*: Tento test je označován jako test vážení vložky. Jeho principem je vážení vložky za určité časové období. Určuje množství uniklé moči před standartními aktivitami a po nich. Před testem klientka nemočí, poté jednu hodinu provádí aktivitu, která byla předem určena. Vložky jsou převáženy před i po

výkonu pohybové aktivity. Podle zvýšení hmotnosti lze usoudit, o jaký stupeň závažnosti inkontinence se jedná.

- *Stres – test:* Jedná se o test, kdy je močový měchýř naplněn 200 – 250 ml sterilní tekutiny, kterou je 1/1 FR a 1 ml Coloxydu, což je modré barvivo. Pacientka je vyzvána aby rozkročila nohy, mírně pokrčila kolena a zakašlala. Test Je považován za pozitivní v případě úniku moči. Pacientka by měla být podložena buničinou.
- *Kalibrace močové trubice:* „Při podezření na zúžení močové trubice je pomocí speciálního nástroje změřen průsvit močové trubice.“ jak uvádí společnost GONA s.r.o. (<http://www.mocova-inkontinence.cz>)

Je důležité mít na vědomí, že výše uvedené testy nevedou k přímému určení diagnózy a mohou být zavádějící. Proto je vhodné kombinovat klinické testy i s jinými vyšetřeními.

3.3.3 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření se provádí za účelem vyloučení močové infekce, která je častou příčinou inkontinence. Jeho základem je chemické vyšetření, vyšetření močového sedimentu a bakteriologické vyšetření.

3.3.4 Zobrazovací metody

Mezi základní zobrazovací metody patří vyšetření pomocí ultrazvuku, které dává informace o pozici a mobilitě hrdla močového měchýře. Ultrazvukové vyšetření je možno provádět dvěma způsoby:

1. Bez zavedení Foleyova katétru: pomocí moderních přístrojů, které umožní zobrazit uretrovezikální junkci bez dalšího zvýraznění.
2. S Foleyovým katétre: při tomto typu UZ vyšetření je naplněn retenční balónek 10 ml tekutiny což dává přesné informace o uretrovezikální junkci. Lze také balónek naplnit 5 ml tekutiny a 5 ml vzduchu, což dává informaci o sestupu uretrovezikální junkce vzhledem k dolnímu okraji symfýzy.

Ultrazvukové vyšetření lze provádět zevními přístupy: abdominálním -přes stěnu břišní, perineálním – přes hráz a introitálním – pod zevním ústím uretry.

Ultrazvukovým vyšetřením lze pozorovat močový měchýř, močovou trubici, stydkou kost, pochvu, konečník a dělohu.

Dále lze provádět endosonografické vyšetření buď vaginální – přes pochvu, nebo rektální – přes konečník.

Dalším ze zobrazovacích vyšetření, které lze využít v diagnostice močové inkontinence je magnetická rezonance. Pomocí magnetické rezonance lze zjistit strukturu močových cest. Ač je to metoda velice přesná, je také ekonomicky náročná.

3.3.5 Speciální vyšetření

Speciální vyšetření zmíním pouze okrajově. Tyto metody se nepoužívají často, neboť ke stanovení diagnózy močové inkontinence lze dojít i metodami jinými, jednoduššími.

- *Uroflometrie*: jedná se o neinvazivní vyšetření, při kterém je hodnocena vyprazdňovací funkce močového měchýře a intenzita průtoku moči vývodnými močovými cestami. To vše v závislosti na čase. K tomuto vyšetření je potřeba pouze stopek a odměrného válce. Hodnota je v milimetrech za sekundu. Moderní uroflowmetry počítají rychlost moči elektronicky. Před vyšetřením se doporučuje vypít 0,5 – 1 l čaje nebo minerálky a to asi hodinu před zahájením vyšetření.
- *Cystometrie*: je vyšetření, při kterém je měřen tlak v močovém měchýři a v jeho okolí v době, kdy je močový měchýř naplňován. Do močového měchýře je zaveden katétr, kterým je do močového měchýře aplikována tekutina. Vyšetření by mělo sdělovat, zdali močový svěrač vyvíjí dostatečně velký tlak. Tlak stoupne při mírné náplni, pak stoupá pomalu a při výrazné náplni stoupá opět rychleji.
- *EMG*: elektromyografie je měření elektrických potenciálů v oblasti svěračů a pánevního dna.

Diagnostika močové inkontinence je tedy zajišťována širokým spektrem vyšetřovacích metod. Záleží na zvyku ambulance či zkušenostech lékaře, jaký zvolí postup diagnostiky a její kombinace. Vždy by ale měl být brán zřetel na soukromí a individualitu klientky.

3.4 Léčba močové inkontinence

Tímto problémem jsou mnohem lépe informovány o možnostech prevence a léčby jak lékařem, tak i médií, než tomu bylo v dřívějších letech. Stále mnoho žen zvládá močovou inkontinenci pomocí hygienických pomůcek (příloha č. 4). V mnoha případech lze příčinu nechtěného úniku moči úspěšně odstranit, a tím klientku úplně vyléčit, nebo minimalizovat negativní následky tohoto omezujícího a deprimujícího problému. Vždy by však léčba měla být. Možnosti léčby stresové inkontinence se v dnešní době stále více rozšiřují. Pacientky trpící zahájena nechirurgicky, tedy konzervativně a teprve při vyčerpání všech konzervativních možností by mělo být přistoupeno k léčbě chirurgické. Je důležité mít na paměti, že každá léčba musí být indikována a individuálně upravena.

1. Konzervativní léčba je volena při lehké formě stresové inkontinence. Základní podmínkou úspěchu konzervativní léčby je spolupráce klientky a její ochota aktivně se podílet na znovudosažení kontinence. Nevýhodou konzervativní léčby je to, že při jejím přerušení či nedodržování se problém opět navrací. Hlavním principem konzervativní léčby je posílení svalů pánevního dna, které jsou často vlivem porodu a jiných situací ochablé, slabé a tedy funkčně nedokonalé.

Základními stavebními kameny k opětovnému dosažení plné funkčnosti svalů pánevního dna jsou:

- *Fyzioterapie* zahrnuje rehabilitační metody, jako jsou elektrostimulace, vaginální kónusy, Kegelovy cviky a cvičení jim podobná. Jedná se o jednu ze základních a velmi účinných konzervativních metod, které zasluhují zmínit. Proto se více budu věnovat fyzioterapii v samostatné kapitole.
- *Poševní pesary* se využívají v léčbě stresové inkontinence závažného stupně, kdy by bylo záhodno přistoupit k operačnímu postupu, ale stav klientky to nedovoluje a operační výkon je kontraindikován, ať už vysokým rizikem peroperačním nebo

rizikem vzniku pooperačních komplikací. Pesaroterapie má sice určitá negativa, ale pro určitou skupinu žen představuje jedinou možnost zvýšení kvality života. Většinou se léčba pesary volí u žen vyššího věku. Pomáhají upravit pokles dělohy a poševních stěn, které jsou příčinou vzniku močové inkontinence. V minulosti byly pesary plastové a tvrdé, ale ty byly nahrazeny pesary pružnými, které jsou pro ženu mnohem pohodlnější. Jsou užívány dva typy pesarů a to kostkový a kruhový s uretrální olivkou. Oba jsou k dostání přes slovenského dodavatele a jejich cena je poměrně vysoká. Je důležité pacientku edukovat o nutnosti kontrol a vyjmutí pesaru. Klientky se zavedeným pesarem jsou pravidelně dispenzarizovány.

- *Hormonální léčba* je již mnoho let aplikovaná léčba, při níž se podává buď estriol, nebo estradiol. Tyto léčebně podávané estrogény se aplikují ve formě mastí nebo čípků a podílí se na zvýšení pružnosti a pevnosti močové trubice a okolních tkání. Kontraindikacemi této léčby jsou probíhající zhoubný nádor prsu nebo děložní sliznice a hluboká žilní trombóza. Estrogény jsou nezbytnou součástí komplexní léčby nechtěného úniku moči. Chmel spatřuje jejich pozitivum především v prevenci vzniku močové inkontinence. Frantálová (2007, s. 4) udává, že „*léčba ženskými pohlavními hormony přímo v pochvě je ve srovnání s celkovou léčbou účinnější. Omezuje příznaky urogenitální atrofie, jako jsou suchost, pálení, svědění, krvácení či bolest při pohlavním styku. Současně zlepšuje kvalitu života.*“
- *Farmakoterapie*, tedy léčba medikamenty má za cíl zvýšit uretrální uzavírací tlak ve svalech močové trubice, svěračů a pánevního dna. Z farmak jsou nejčastěji užívána: alfa sympatomimetika, tricyklická antidepresiva a výše zmíněné estrogény. Alfa sympatomimetika jsou však limitována díky svým nežádoucím účinkům, ke kterým patří nespavost, bolest hlavy, zvýšení krevního tlaku, palpitace, arytmie a jiné. Pro tyto nežádoucí účinky užívá alfa sympatomimetika jen úzký okruh pacientek a to především jako doplněk konzervativní léčby. Tricyklická antidepresiva jsou užívána v léčbě stresové inkontinence především pro adrenergní stimulaci svalových vláken v močové trubici a ke zvýšení uzavíracího tlaku. Účinnější jsou tricyklická antidepresiva v léčbě urgentní močové inkontinence a to pro svůj výrazný centrální a periferní anticholinergní účinek. Slibnou cestou léčby jsou dle GONA spol. s r.o., což je nestátní zdravotnické zařízení poskytující péči v oboru gynekologie a porodnictví, jsou inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu, které díky svému účinku zvyšují kontraktilní aktivitu vláken příčně pruhované svaloviny. Tyto medikamenty

však nejsou doposud registrovány v České republice. Dle Verner (2007, s. 521) je léčba inkontinence moče vždy komplexní a farmakoterapie tvoří jen její součást.

2. *Chirurgická léčba* První pokusy léčit stresovou inkontinenci operativně přišly již v roce 1914, avšak úspěch získala až závěsná operace dle Johna Burche, která byla uvedena o šedesát let později. Chirurgická léčba je volena, pakliže konzervativní léčba není účinná nebo pakliže je konzervativní léčba kontraindikovaná. V případě, že je přistoupeno k chirurgické léčbě, stává se správně vybraný a perfektně provedený výkon, tím nejlepším terapeutickým postupem. O provedení chirurgického zákroku rozhoduje urolog nebo gynekolog. Cílem je navrácení plné kontinence. Ještě před více než deseti lety byla k dispozici pouze jediná operace, která vedla k vyléčení stresové inkontinence. Dnes máme na výběr z několika operací.

Pro příklad uvádím:

- *Kolposuspenze podle Burche:* Je pojmenovaná dle Johna Burche, který v první polovině 60. let 20. století zjistil, že pružný závěs hrdla močového měchýře, který sám vymyslel, je opravdu správnou cestou vedoucí k léčbě stresové inkontinence. Tato operace měla 90% úspěšnost. V 60. a 70. letech minulého století byla nejúspěšnější operací. Tato operace se provádí dodnes, avšak má svá negativa, a to nutnost provádět zákrok v celkové anestezii a kosmetický problém, kterým je jizva nad sponou stydkou. Pacientka, jež tento zákrok podstoupí je propuštěna do domácího léčení do sedmého dne po operaci. I přes to, že je efektivita kolposuspenze velmi vysoká, tak ani tato operace nemá 100% úspěšnost. Pakliže za rok po operaci je plně kontinentních 90% žen, pak za 5 let po operaci je plně kontinentních jen 80% žen podstupujících tento zákrok. Na tomto návratu úniku moči se podílí nejen životní styl a rizikové faktory, ale také opotřebování organismu spojené se stárnutím. Proto by každá žena, jež se připravuje podstoupit kulposuspenzi dle Burche, měla být poučena o dodržování určitých zásad po operaci. Pooperační úprava životosprávy je dle Chmela (2010, s. 42) nezbytnou podmínkou dlouhodobého zachování efektu chirurgické léčby. Selhání kolposuspenze ovšem nenastává jen při porušení životosprávy, ale také v případě, že se žena rozhodne otěhotnět a porodit. Tato informace platí jako fakt pro všechny typy operačních řešení inkontinence a proto by měla být mladá žena, jež se připravuje operační léčbu podstoupit, dostatečně edukována.

- *Implantáty*: metoda aplikace gelu do submukózy proximální části močové trubice pod endoskopickou kontrolou. Aplikace tohoto gelu má vést k zúžení močové trubice. Jedná se o nejméně invazivní operační metodu. Často bývají implantáty aplikovány ženám, které trpí stresovou močovou inkontinencí a mají v plánu родit. K implantátům bývá také přistupováno tam, kde není možno provést klasický operační výkon pro nedovolující zdravotní stav pacientky.
- *Moderní páskové operace* jsou k dispozici díky rozvoji medicíny a díky nově používaným materiálům. Ač se John Burch velmi zasloužil o chirurgické řešení stresové inkontinence, rozmach vědy tomu chtěl, aby v roce 1996 nahradila Burchovu kolposuspenzi operace jednodušší, efektivnější, komfortnější a bezpečnější. Z počátku to sice vypadalo, že nová operace bude stejně úspěšná jako kolposuspenze, avšak po několika letech sledování výsledků operací se ukázalo, že je tato operace pro pacientku z dlouhodobého hlediska úspěšnější.

Jedná se o tyto typy páskových operací:

TVT operace pochází z anglického tension-free vaginal type, což česky znamená volně uložená páska pod močovou trubicí. Tento typ operace stresové inkontinence však přinesl vysoké procento poranění močového měchýře při zavádění pásky a to proto, že operatéri zaváděli pásky „naslepo“. Uvedení používání moderních pásek do praxe muselo předcházet objevení nového materiálu, který by byl pro lidský organismus natolik přátelský, aby jej přijal za vlastní. Tímto materiálem se stalo do sítě spletené polypropylenové vlákno. Síťová struktura umožňuje prorůstání vlastním vazivem tak, aby se síťovina vazivem úplně obalila. Pozitivum zákroku je to, že se výkon provádí buď v lokální, nebo spinální anestezii a také krátká hospitalizace. „*Hlavní výhodou metody volné vaginální pásky je především minimální invazivita a velmi dobrá efektivita.*“ říká Chaloupka (2007, s. 3), který považuje TVT pásky (příloha č. 5) za „zlatý standart“.

TOT operace je operace užívaná od roku 2003 a jedná se o transobturatorně zavedenou pásku (příloha č. 6). Svůj název získala podle toho, kudy se páska zavádí, což je otvor mezi kostí sedací a stydkou tedy foramen obturatorium. Díky tomuto přístupu nedochází k poranění močového měchýře, protože jehly, jimiž pásku operatér zavádí, se zdaleka vyhýbají močovému měchýři. Jedná se o zákrok komfortní, bezpečný, účinný, miniinvazivní. Je vhodný i pro mladé ženy. TOT operace dnes dominuje v chirurgické

léčbě stresové inkontinence. Tento výkon provádí buď odborník urogynekologického nebo urologického pracoviště, který upevňuje svou erudici prováděním velkého množství těchto operací.

Dříve byla stresová inkontinence často řešena také poševní plastikou. Tato operační cesta se nadále používá k úpravě poklesu poševních stěn. Ale k léčbě stresové inkontinence se již neužívá pro její nízkou účinnost – asi 50%.

Léčba močové inkontinence je základem péče o inkontinentní pacientky. Je nutné tyto pacientky aktivně vyhledávat, aby nedocházelo k tomu, že tyto ženy zůstanou odkázány pouze na zcela nevyhovující hygienické pomůcky. Pakliže se totiž žena necítí pohodlně a nemá stresovou inkontinenci pod kontrolou, dochází k tomu, že se izoluje od společenského života a svých blízkých. Ve většině případů je přistupováno k léčbě konzervativní, protože žena přijde do ordinace včas. A ač není téma močové inkontinence tak tabuizováno, jak v letech předchozích, i dnes existuje spousta žen tímto problémem trpících, ale nehledajících pomoc odborníka pro své vnitřní zábrany. O postupu léčby vždy rozhoduje odborník.

3.5 Fyzioterapie svalů pánevního dna

„Prvním krokem v léčbě stresové inkontinence je rehabilitace. Cílem je snaha o zajištění funkčnosti pánevního dna“ říká Adamík (2007, s. 1)

Fyzioterapie hraje v léčbě inkontinence významnou roli. Není vhodná pro všechny pacientky trpící inkontinencí. Proto je velmi vhodná konzultace s gynekologem či urologem, kteří se na problematiku močové inkontinence specializují. Před zahájením každé fyzioterapie by mělo předcházet vyšetření kineziologické a vaginální, na jehož základě by měl být sestaven individuální plán. Je nutností fyzioterapie, aby byla prováděna dlouhodobě a pravidelně. Pak jí lze považovat za smysluplnou. Někdy stačí ženám trpícím inkontinencí pouze posilování svalů pánevního dna pomocí doporučených cviků a pomůcek, jindy je fyzioterapie kombinována s léčbou farmakologickou, nebo následuje po léčbě chirurgické.

- *Cviky na posílení pánevního dna:* Cílem cvičení je posílit svaly pánevního dna tak, aby jejich koordinace zajistila schopnost udržet moč. Bývá efektivní u lehké formy

stresové inkontinence, která není doprovázena výrazným sestupem pánevních orgánů. Principem cvičení je střídání rychlého a silného stažení svalů pánevního dna a následné uvolnění těchto svalů. Doba stažení svalů by se měla postupně prodlužovat z 2 až na 10 vteřin. Je doporučováno 100 – 150 cviků denně po dobu 6 - 8 týdnů. Klientka by měla cvičit pravidelně alespoň dva měsíce určitou sestavu cviků. Vždy jí v tomto ohledu poradí lékař., „Úspěšnost cvičení není závislá na věku“ jak říká Oborný (2009, s. 66). Existuje pak spousta publikací, letáků, DVD, či internetových stránek, na kterých jsou cviky popsány a znázorněny. Pakliže dosáhne klientka pozitivního výsledku, může ve cvičení polevit, nikoliv však přestat úplně. Efekt se dostavuje po dlouhé době, proto je důležité klientku na tento fakt upozornit a nabádat ji k trpělivosti.

- *Vaginální kónusy*: Jedná se o posilování svalů pánevního dna pomocí předmětů umístěných do vagíny ženy, které žena následně nosí. Svaly pánevního dna jsou neefektivněji posilovány při pohybu, nejlépe při chůzi. Při pohybu se ocelová kulička uvnitř kuželovitého předmětu neustále pohybuje, naráží do stěny kuželu, tím přenáší přes poševní stěnu na pánevní svaly impuls ke stažení. Po určité době, až žena bez obtíží udrží toto těleso ve vagině, je vyměněno za jiné – těžší. Mělo by být nošeno denně asi 20 minut. Tuto metodu lze provádět pouze na doporučení odborníka. Cardozo v roce 1997 udával 50% úspěšnost této metody.
- *Elektrostimulace*: Elektrostimulace je jednou z metod intenzivnějšího cvičení, která má nezastupitelné místo v praxi. Používá se k léčbě všech typů inkontinence, nikoli jen inkontinence stresové. Jedná se o pasivní metodu cvičení, kdy je posilování svalů pánevního svalstva vyvoláváno elektrickým proudem. Do spodní části pochvy vagíny je zaveden malý stimulátor, který je napojen na zdroj elektrické energie. Stimulátor pak na svaly pánevního dna přenáší mírné elektrické výboje, jež vyvolávají stahy svalů pánevního dna. Na trhu je v současné době několik bateriových přístrojů, které lze inkontinencí trpícím ženám zapůjčit do domácího prostředí. Elektrostimulace je s úspěchem užívána jak u pacientek pro doplnění rehabilitační léčby, tak u pacientek, u kterých selhala léčba medikamentózní. Výhodou této metody je rychlost dosaženého efektu. Obvykle postačí podstupovat elektrostimulaci jeden měsíc a to každodenně po dobu několika minut.
- *EPI - NO balónek*: Relativně nová metoda, která slouží k posilování svalů pánevního dna. Doporučována je ženám před porodem a po porodu. Jedná se o silikonový

balónek, přívodní hadičku a pumpu. Balónek je zaveden do pochvy a klientka si jej v pochvě pomocí pumpy nafoukne. Je doporučováno s cvičením začít asi 3 týdny před porodem a cvičit každý den, nejlépe 15 minut. Tato metoda se používá spíše jako příprava před porodem, která má za cíl jak posílit svaly pánevního dna, tak postupně napínat poševní vchod, hrázi a poševní svalstvo. Pakliže žena s EPI – NO balónkem cvičí i po porodu, dochází k rychlejší obnově svalů, které jsou po porodu natažené či poraněné.

3.5.1 Posilování pánevního dna po porodu

Vzhledem k výběru tématu bakalářské práce, bych ráda věnovala následující text informacím, které se týkají posilování svalů pánevního dna u žen po porodu.

Benita Cantieni a Karin Altpeter – Weiss ve své publikaci *Cvičení po porodu* uvádí, že má během těhotenství 30 – 60% žen potíže s únikem moči. U většiny žen se však po porodu problémy s únikem moči upraví, avšak u některých obtíže nadále přetrvávají. U určitých žen se problémy s inkontinencí objeví až teprve s porodem. Především vzniká inkontinence moči v souvislosti s vaginálním porodem, jak už jsem výše zmiňovala. Tato inkontinence souvisí se změnami orgánů uložených v pánevní dutině, poraněním močového měchýře, nervů a svalů močové trubice a konečníku. Těmito obtížemi bývají postiženy především prvorodičky. Ochablost svalstva pánevního dna je, jak již bylo řečeno, rizikovým faktorem vzniku stresové inkontinence. Tato informace vedla ke vzniku studií, jejichž zjištěním bylo, že pravidelné posilování svalů pánevního dna vede k pozitivnímu ovlivnění vzniku močové inkontinence a to za předpokladu, že cvičení bude prováděno před otěhotněním, za těhotenství a po porodu.

Porod je pro pánevní dno nejtěžší práce, především tedy pro musculus levator ani. Pakliže je tento sval trénovaný, je přirozený porod o to jednodušší. Často však při vaginálním porodu dochází k natržení musculus levator ani, nebo k jeho poranění. Při nastřížení či natržení hráze při porodu bývá také poškozena vnější či střední svalová vrstva a to je rizikovým faktorem vzniku inkontinence moči při zvýšení nitrobřišního tlaku.

Výše zmíněné autorky popisují ve své knize cvičení CANTIENICA, které se zaměřuje na trénink svalstva celého pánevního dna, jehož cílem je co nejrychleji napravit inkontinenci a zvednout orgány. Propojením celého svalstva pánevního dna, břicha, zad a boků dosáhne dle

autorek kostra pánve svého původního trychtýřovitého tvaru a tak zvedne orgány, které poklesly díky vlivům těhotenství. Kniha nepopisuje pouze cviky vhodné pro posílení svalů pánevního dna, ale také cviky posilující všechny ostatní svaly. Čtenářka zde najde cviky k posílení svalů paží, hýždí, trupu, břicha, zad a podobně.

3.6 Prevence vzniku stresové inkontinence moči

I přes velký rozvoj v diagnostice a léčbě představuje inkontinence stále závažný odborný a sociální problém. Správným preventivním opatřením lze však nechtěnému úniku moči předejít. Správná prevence by měla mít počátek již v raném dětství a to naučením správných mikčních návyků. Dále hraje důležitou roli předcházení vzniku zánětů močových a pohlavních cest. Neméně důležitá je také edukace žen, které jsou vystaveny vzniku inkontinence v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Tyto ženy by měly mít na paměti, že posilování svalů pánevního dna je důležité zahájit již před otěhotněním. Vzhledem k tomu, že se mobilita uretrovezikální junkce po porodu císařským řezem nemění, bylo navrhováno volit u pacientek s hypermobilitou močové trubice tento postup. Avšak vzhledem k tomu, že je riziko morbidoty spojené s císařským řezem vyšší, než riziko případných mikčních obtíží, bylo od tohoto postupu upuštěno. Prevencí tedy je zahájit posilování svalů pánevního dna jak před porodem, tak i dále pokračovat v šestinedělí.

Alfou a omegou preventivních opatření je dodržování zdravého stylu, dostatek pohybu, udržování ideální tělesné hmotnosti, nekouření, poctivý přístup k léčbě akutních i chronických chorob s vlivem na inkontinenci. V následujícím textu uvádím některé informace týkající se prevence:

- *Redukce tělesné hmotnosti:* nadváha byla stanovena jako rizikový faktor vzniku inkontinence, přičemž redukce tělesné hmotnosti měla vliv na zmírnění projevů nechtěného úniku moči pouze u pacientek, které byly nadměrně obézní.
- *Omezení nadměrné fyzické aktivity:* Ač má zapojení fyzické aktivity do životního stylu pacientky bezpochyby vliv na snížení její hmotnosti, nemusí být vždy na místě. Záleží na druhu vykonávané fyzické činnosti. Je totiž prokázána souvislost vzniku stresové inkontinence s vykonáváním těžké fyzické práce. Nechtěný únik moči je také často

pozorován u žen, které vykonávají rizikové druhy sportu jako jsou například gymnastika, bojové sporty, kulturistika a řada jiných.

- *Korekce příjmu tekutin:* Příjem a výdej tekutin by měl být korelován už od raného dětství. Je úkolem každého rodiče, aby učil své dítě správným mikčným návykům a pitnému režimu. Nadměrný příjem tekutin ve večerních hodinách vede k častému nočnímu močení jak u dětí, tak u dospělých. U malých dětí může dokonce docházet k nepříjemnému nočnímu pomočování. Na druhé straně zase omezení příjmu tekutin vede ke snížení kapacity močového měchýře a s tím spojenému hypertonu detrusoru, který přispívá ke vzniku inkontinence močové. Korekci příjmu a výdeje tekutin pomáhá udržovat pod kontrolou vedení mikčného deníku.
- *Vyléčení infekce dolních močových cest:* Vyléčení akutních a chronických infekcí močových cest patří k základním kamenům správné péče o pacientku trpící únikem moči. Často vyléčením této infekce vymizí i příznaky inkontinence.

3.7 Ekonomická stránka péče o inkontinentní ženy

Inkontinence je pro společnost závažnou ekonomickou zátěží. Nejedná se pouze o finance investované do hygienických pomůcek, ale také na diagnostiku a léčbu močové inkontinence jsou velmi vysoké finanční náklady. Částky spojené s tímto onemocněním se pohybují asi ve stejném rozmezí jako například náklady na léčbu diabetes mellitus. V naší populaci se ženy dožívají čím dál vyššího věku a s tím souvisí také vzrůstající náklady na léčbu tohoto problému.

V roce 2000 byla založena informační síť Inco Flora, která se zabývá problematikou močové inkontinence. Šimůnková (2007, s. 17) tvrdí, že: „*V důsledku otevření společenské diskuse se inkontinencí začali zabývat odborníci nejen po stránce medicínské, ale i společenské a ekonomické.*“ Tato platforma potom usnadnila pacientkám možnost vyžádat si inkontinenční pomůcky na předpis, takže jsou částečně hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění.

Nelze konkrétně vyčíslit náklady vynaložené na léčbu močové inkontinence, protože tato diagnóza jde většinou ruku v ruce s jinými diagnózami, které jsou příčinou hospitalizace,

a to především u starších žen, Mezi tyto diagnózy často patří například demence, cévní mozková příhoda a další.

3.8 Edukace žen trpících inkontinencí

*„Pojem edukace je odvozen z latinského slova **educō, educare**, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako **proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech**. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince.“* (Juřeníková, 2010, s. 9)

„Cílem edukace je rozvíjet poznatky, schopnosti, hodnotové, postoje citové a behaviorální kvality člověka potřebné pro způsobilost v procesu jeho seberealizace.“ říkají Staňková a Kovaříková (2009, s. 72). Edukace je zaměřena nejen na klientku, ale také na její blízké. Cílem edukace je pomoci klientce pochopit její vlastní roli v péči o svoji osobu, zodpovědnost za své zdraví a redukovat pocit nejistoty či úzkosti.

Předpokladem úspěchu edukace je to, že ten kdo vzdělává klienta, ať už sestra nebo lékař, je schopen posoudit zručnost klientky, její postoje, posoudit jaké má klientka deficity a vypracovat edukační plán.

Edukační proces by měl potom probíhat v pěti fázích:

- *posouzení klientčina stavu:* jedná se o sběr, třídění a analýzu údajů získaných od klientky. Edukátor se zde zaměřuje na určení oblasti edukačních témat, zjišťuje míru motivace klientky v léčbě, její připravenost a ochotu spolupracovat, názory na zdraví, úroveň vzdělání, ale také jej zajímá věk a socio-ekonomické faktory, které by mohly mít vliv na edukaci.
- *stanovení edukační diagnózy:* ve většině případů je základní diagnózou neznalost, to znamená potřeba poučení, s upřesněním, ve které oblasti. Například se může jednat o neznalost v oblasti příčin vzniku inkontinence, či neznalost o způsobech léčby konzervativní či operační a podobně. Základem tedy je určit správnou diagnózu a určit postup, kterým bude řešena.
- *příprava edukačního plánu:* zde patří stanovení priorit a určení cílů, jež chce edukátor u klientky dosáhnout. Tyto cíle mohou být různé, ať už kognitivní, afektivní nebo

psychomotorické. Vždy však vyučujícímu leží na srdci zlepšení kvality života inkontinentní ženy.

- *realizace edukačního plánu*: plán lze realizovat pouze na základě správného stanovení diagnózy a cílů a je individuální u každé ženy, podle toho v jaké oblasti močové inkontinence má nedostatky. U jedné klientky může být plán rozsáhlý od poučení o příčinách nemoci, přes informace o správném pitném režimu až k možnostem léčby. Jinou klientku stačí edukovat v oblasti možnosti využití příspěvku na hygienické pomůcky. V realizaci plánu hraje velkou roli věk klientky, přidružené onemocnění a také její schopnost chápat.
- *vyhodnocení konečných vědomostí pacienta a efektivity edukace*: je prováděno průběžně a také na závěr. Edukátor tak kontroluje, zda dosáhl stanovených cílů. To, zda byly cíle splněny, je považováno za kritérium k hodnocení edukačního plánu. Vždy však musí být cíl hodnocen na základě určité metody. Nezáleží jen na edukátorovi co si vybere za metodu, zda rozhovor, či pokládání cílených dotazů nebo vyplnění dotazníku. Po vyhodnocení pak edukátor zjistí, zda bylo cíle dosaženo úplně, částečně či vůbec. Edukátor nehodnotí podle dosažených cílů pouze klientku, ale hodnotí také sebe, jako vyučujícího.

Základními kameny v edukaci klientky je motivace, připravenost k učení a zpětná vazba. Edukátor by měl mít všeobecné, odborné, pedagogické charakterové vlastnosti, pochopení edukovaného a jeho respekt. Ale měl by také svým zevnějškem působit na klientku dobře svým celkovým vzhledem, zpraveností a způsobem komunikace. Pouze pakliže splňuje vyučující tato kritéria, může si získat důvěru od edukované ženy a tím si otevřít cestu k efektivní spolupráci.

3.9 Močová inkontinence u mužů

Ač je téma mé práce zaměřené na inkontinenci moči u ženy, je nutno zmínit, že se nejedná pouze o ženský problém, ale že tímto život znepríjemňujícím stavem, trpí také muži. Dosud sice inkontinence u mužů nebyla zkoumaná do takové míry jako u žen, ale dá se říci, že výsledky zatím provedených studií vykazují jisté rozdíly u obou pohlaví. Tyto rozdíly se týkají jak závislosti na věku, rizikových faktorů, typu inkontinence, příčin, tak prevalence.

Podle urologa profesora Christophera R. Chapplea z Royal Hallamshire Hospital v Sheffieldu v Anglii vznikaly potíže s únikem moči v důsledku onemocnění prostaty. Pakliže byla prostata shledána zdravou, nebylo tedy co léčit. Až na konci minulého tisíciletí, byl k tomuto problému zaujat nový postoj a příznaky, které pacienta přiváděly k lékaři, byly pojmenovány jako *Symptom dolních močových cest*.

Příčinou vzniku inkontinence bývá často poškození svěračového mechanismu na úrovni hrdla močového měchýře, vlastního svěrače, nebo poškozením nervů, které inervují tuto oblast. Další příčinou lze označit iatrogenní poškození po operaci prostaty. Nejen však prostata je na vině, někdy se může močová inkontinence vyskytnout v souvislosti s užíváním diuretik, či s cukrovkou a stejně jako u žen s infekcí močových cest.

Také některé rizikové faktory mající vliv na vznik inkontinence moči u muže jsou jiné než u žen. Za rizikový faktor je považován vyšší věk postiženého, karcinom prostaty, hyperaktivita detrusoru objevující se již před operací prostaty, nebo ozařování před operací a podobně.

U mužů se vyskytuje inkontinence dvakrát méně často než u žen a nelze ji považovat jako jediný urologický problém, jelikož se vyskytuje současně se symptomy obstrukčními nebo iritačními. Také lze říci, výskyt inkontinence se zvyšuje s věkem rovnoměrněji u mužů než u žen.

Rozdíly jsou patrné i v procentuální zastupitelnosti typů inkontinence. Zatímco u žen se nejčastěji vyskytuje inkontinence stresová, u mužů je to naopak inkontinence urgentní, při níž je léčba zaměřena často pouze na onemocnění prostaty. Dále následuje inkontinence smíšená, tedy urgentní společně se stresovou, jež nejčastěji vzniká v souvislosti s operací prostaty jako iatrogenní onemocnění. Stresová inkontinence se izolovaně vyskytuje pouze asi v 10% a méně, jak udává Roman Zachoval (2005, s. 3- 4) ve svém článku v odborném časopise Sestra.

Diagnostika inkontinence moči u muže je stejná jako u ženské inkontinence. Základním kamenem je zjistit příčinu vyvolávající inkontinenci. Ke správnému určení diagnózy vede samozřejmě anamnéza, klinické vyšetření, laboratorní vyšetření, zobrazovací vyšetření, urodynamické vyšetření, někdy i cystoskopie. Je tedy možno konstatovat, že jsou diagnostické metody stejné jako u zjišťování diagnózy močové inkontinence u žen.

Léčba inkontinence moči u muže má stejný základ jako léčba inkontinence ženy, a to že musí být léčena individuálně s ohledem na typ inkontinence. Stejně jako u ženské močové inkontinence i zde existuje řada cviků na posílení pánevního dna, které musí být rovněž prováděny pravidelně a dlouhodobě a to nejen po operaci prostaty, ale i před ní. Medikamentózní léčba není obvyklá. Je snaha zavést do praxe lék, který je podáván inkontinentním ženám a to Duloxetin, což je inhibitor zpětného vychytávání serotoninu-adrenalinu. Do léčby konzervativní léčby patří kromě tréninku močového měchýře také časovaná mikce a doporučována je i redukce příjmu tekutin a dráždivých jídel. Léčba chirurgická bývá doporučována až po té, co je rok léčba konzervativní neúčinná. Chirurgická léčba spočívá v implantaci umělého svěrače.

Správná prevence a také edukace klienta je zde na místě stejně jako u žen.

Bohužel je samovolný únik moči také problém, o kterém se málo hovoří veřejně a bývá tabuizován, proto je stejně jako u inkontinentní ženy někdy složité přimět pacienta nejen k léčbě, ale vůbec k tomu, aby se se svými starostmi svěřil lékaři. Inkontinence se tak stává pro muže obtěžujícím faktem, se kterým se učí žít, který ho omezuje ve společenském i soukromém životě. Přitom by v mnoha případech stačila konzultace s lékařem v kombinaci se změnou životního stylu, fyzioterapeutickým cvičením a využitím zdravotnických pomůcek k tomu, aby byl problém zlepšen či vyřešen a klient mohl opět vést spokojený život.

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Cíl práce a metodika práce

4.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, zda jsou ženy ve věku od 20 do 40 let informovány o vzniku močové inkontinence, jejich příčinách a prevenci v těhotenství a po porodu. Také je cílem zjistit, zda množství získaných informací je pro ženu přínosem v boji proti vzniku močové inkontinence vzniklé v souvislosti s těhotenstvím a porodem.

4.2 Metodika práce

4.2.1 Metody šetření

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Výzkum byl prováděn formou dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření je způsob kladení otázek a získávání odpovědí pomocí dotazníku. Šetření bylo prováděno anonymně. Myslím si, že anonymita dodává respondentkám pocit, že mohou odpovědět pravdivě a nebudou za to nikým souzeny. Respondentky ale mohou odpovídat také nepravdivě, což považuji za nevýhodu anonymního dotazníkového šetření. Avšak vzhledem k intimnímu charakteru zvoleného tématu je anonymita, dle mého názoru, na místě.

Dotazník obsahoval 19 otázek. Z těchto 19 otázek byly 3 otázky polootevřené (otázky č. 8, č. 11 a č. 15), 3 otázky byly výčtové (otázky č. 5, č. 6 a č. 7), 9 otázek bylo uzavřených (otázky č. 1, č. 3, č. 4, č. 9, č. 10, č. 13, č. 14, č. 16 a č. 17), 2 otázky byly projekční (otázky č. 2 a č. 12), 2 otázky byly filtrační (otázky č. 18 a č. 19). Polootevřené otázky dávaly respondentkám možnost konkretizovat svoji odpověď, otázky výčtové dávaly respondentkám možnost uvést více odpovědí, uzavřené otázky umožňovaly respondentkám použít odpověď pro ně nejvíce vhodnou, otázka projekční dávala respondentkám možnost upřesnit jaký mají názor na skutečnost, která byla vyslovena odborníky a otázky filtrační pomáhaly rozdělit respondentky do skupin dle věku a vzdělání. Otázky byly kladeny tak, aby na sebe navazovaly, aby jejich zodpovězení nebylo složité a aby vyplnění dotazníku nezabralo mnoho

času. Nejprve jsou v dotazníku zařazeny otázky týkající se močové inkontinence, těmi jsou otázky od č. 1 do otázky č. 17, zatímco identifikační otázky, jsou zařazeny až na samém konci dotazníku a jsou jimi otázky č. 18 a č. 19.

Průzkum byl rozdělen do dvou částí. *První část* průzkumu probíhala jako pilotní šetření, ve kterém jsem internetovou cestou oslovila 10 respondentek. Pilotní studie měla ověřit, zda jsou otázky položeny srozumitelně a zda budou respondentky ochotny odpovídat na otázky, které pro ně mohou být velmi osobní. Všechny 10 vyplněných dotazníků jsem získala zpět. V následné diskuzi pak účastnice pilotní studie hodnotily dotazník jako nenáročný a srozumitelný. Proto jsem jej bez dalších úprav použila i pro vlastní výzkum. *Ve druhé části* výzkumného šetření jsem oslovovala klientky Gynekologicko-porodnického oddělení nemocnice Na Bulovce. Dotazníky jsem rozdala 21. prosince 2012 a vyplněné dotazníky jsem získala zpět 23. ledna 2013. O spolupráci jsem požádala klientky hospitalizované na oddělení šestinedělí a klientky navštěvující ambulanci pro rizikově těhotné. Celkem jsem rozdala 60 dotazníků. Na oddělení šestinedělí jsem oslovila 30 respondentek a zbývajících 30 respondentek jsem oslovila v ambulanci pro rizikově těhotné pacientky. Zpět mi bylo navraceno všech 60 úplně vyplněných dotazníků. Na oddělení šestinedělí jsem dotazníky rozdávala respondentkám osobně, po domluvě se staniční sestrou tohoto oddělení. Setkala jsem se u respondentek s maximální ochotou spolupracovat. Dotazníky jsem vždy rozdala a domluvila se s respondentkami na čase, ve který si je vyzvednu zpět, tak aby to vyhovovalo oběma stranám. Oddělení šestinedělí jsem navštívila za účelem rozdáni a následném vyzvednutí dotazníků dvakrát. V ambulanci pro rizikově těhotné pacientky mi nabídla pomoc staniční sestra této ambulance. Dotazníky jsem jí svěřila a ta je potom nabízela pacientkám a vyplněné je shromažďovala ve schránce k tomu určené, kterou jsem ji ponechala k dispozici. Staniční sestra byla vstřícná a zapálená do spolupráce.

Návratnost dotazníků byla 100 % jak v pilotní studii, kde jsem zpět získala všech 10 úplně vyplněných dotazníků, tak ve vlastním výzkumu, kde mi respondentky ochotně vyplnily všech 60 dotazníků.

Dotazník (příloha č. 7) je k nahlédnutí v seznamu příloh.

4.2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Celkem jsem oslovila 70 respondentek. Respondentek účastnících se pilotní studie bylo 10 a zbývajících 60 respondentek byly účastnice vlastního výzkumu. Účastnice pilotní studie byly ženy, které jsem oslovila emailem. Všechny tyto ženy byly minimálně 3 roky studentkami zdravotnického oboru. Podmínkou nebylo absolvování tohoto oboru. Avšak podmínkou bylo, aby tyto respondentky byly ve věku od 20 do 40 let a aby byly těhotné, nebo po porodu, přičemž nebylo důležité, před jakou dobou rodily. Ve druhé části jsem oslovila 60 respondentek. Tyto respondentky z jedné poloviny tvořily klientky navštěvující ambulanci pro rizikově těhotné pacientky v nemocnici Na Bulovce a nebyly vybírány na základě vzdělání. Druhou polovinu, tedy zbývajících 30 respondentek tvořily klientky hospitalizované na oddělení šestinedělí v nemocnici Na Bulovce a jejich vzdělání rovněž nesehrálo při jejich oslovení roli. Dotazník byl zaměřen na to, zda ženy těhotné a ženy po porodu mají dostatek informací týkající se močové inkontinence, která může v souvislosti s těhotenstvím a porodem později vznikat, nikoli na to, zda inkontinencí trpí. Dotazník tedy mohly získat všechny ženy ve věku od 20 do 40 let a to ženy těhotné nebo po porodu a mohly to být jak ženy trpící močovou inkontinencí, tak ženy, které močovou inkontinencí netrpí.

Získaná data jsem zpracovávala v počítačových programech Microsoft Excel a Microsoft Word. Výsledky zjištěných dat budu v následujícím textu prezentovat pomocí tabulek (příloha č. 9) a grafů (příloha č. 10), jejichž seznam je k nahlédnutí v seznamu příloh.

5. Výsledky

Při zpracování výsledků jsem ke každé otázce z dotazníku vytvořila dvě tabulky. V každé *první* tabulce, vztahující se k dané otázce, vycházím z hodnoty 100 %, což představuje 60 respondentek. Je to celkový součet všech respondentek, které se zúčastnily výzkumného šetření. Jedná se tedy o součet všech těhotných respondentek a všech respondentek po porodu. Těhotných respondentek bylo dohromady 30, stejně tak 30 bylo respondentek po porodu.

Ve *druhé* tabulce jsem rozdělila respondentky do dvou skupin, kdy hodnotím zvlášť skupinu respondentek těhotných a zvlášť skupinu respondentek po porodu. Při zpracování výsledků jsem tedy vycházela z hodnoty 100 %, což představuje 30 těhotných respondentek a další hodnotu 100 % představuje 30 respondentek po porodu.

U výčtových otázek (otázky č. 5, č. 6 a č. 7), u kterých je možnost více odpovědí představuje hodnota 100% součet všech uvedených odpovědí.

Výjimkou je polootevřená otázka č. 15 (tabulka č. 37), kdy 100 % představuje hodnota 54, což je součet všech odpovědí, které respondentky doplnily. V tabulce č. 38 vztahující se také k otázce č. 15 představuje hodnota 100 % všech 28 odpovědí těhotných žen a hodnotu 100 % všech 26 odpovědí žen po porodu.

Symbols, které jsou použity v tabulkách, jsou vysvětleny v příloze č. 8 v seznamu příloh.

5.1 Interpretace výsledků dotazníkového šetření – faktografické otázky a otázky zaměřené na informovanost žen v oblasti močové inkontinence

Veškeré tabulky (příloha č. 9) a grafy (příloha č. 10) jsou ke shlédnutí k dispozici v seznamu příloh.

V následující části jsou nejdříve vyhodnoceny otázky týkající se identifikace respondentek, tedy otázky zaměřené na věk a vzdělání. V dotazníku jsou tyto otázky umístěny až jako poslední. Až po vyhodnocení faktografických otázek popisují výsledky otázek

zaměřených na informovanost žen v oblasti močové inkontinence, které tvoří převážnou část dotazníku a jsou v něm umístěny, před otázkami identifikačními.

5.2 Vyhodnocení faktografických otázek

Vyhodnocení otázky č. 18: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 1: Věk respondentek

Věk respondentek	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
20 - 27 let	9	15 %
27 – 33 let	28	46,7 %
33 – 40 let	23	38,3 %
Σ	60	100 %

Tabulka č. 1 říká, že z 60 (100 %) oslovených respondentek se 9 (15 %) respondentek nachází ve věkovém rozmezí 20 – 27 let, 28 (46,7 %) respondentek ve věkovém rozmezí 27 – 30 let a 23 (38,3 %) respondentek se nachází ve věkovém rozmezí 33 – 40 let.

Tabulka č. 2: Věk respondentek

Věk respondentek	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
20 - 27 let	3	10 %	6	20 %
27 – 33 let	13	43,3 %	15	50 %
33 – 40 let	14	46,7 %	9	30 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Tabulka č. 2 se vztahuje k otázce č. 18. Z tabulky jsou patrné počty těhotných žen a žen po porodu rozdělených do určitých věkových kategorií. Na otázku odpovídalo 30 (100 %) těhotných žen a 30 (100 %) žen po porodu. Ve věku 20 – 27 let se nachází 3 (10 %) těhotné respondentky a 6 (20 %) respondentek po porodu, ve věku 27 -33 let se nachází 13 (43,3 %) těhotných respondentek a 15 (50 %) respondentek po porodu. Ve věku 33 – 44 let se nachází 14 (46,7 %) těhotných respondentek a 9 (30 %) respondentek po porodu. (Viz. Graf č. 1, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 19: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3: Vzdělání respondentek

Vzdělání respondentek	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
Základní vzdělání	1	1,6 %
Vyučena	3	5 %
Středoškolské vzdělání	28	46,7 %
Vysokoškolské vzdělání	28	46,7 %
Σ	60	100 %

Z tabulky č. 3 vyplývá, že 1 (1,6 %) respondentka má základní vzdělání, 3 (5 %) respondentky jsou vyučené, 28 (46,7 %) respondentek má středoškolské vzdělání a 28 (46,7 %) respondentek má vzdělání vysokoškolské.

Tabulka č. 4: Vzdělání respondentek

Vzdělání respondentek	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Základní vzdělání	1	3,3 %	0	0 %
Vyučena	1	3,3 %	2	6,7 %
Středoškolské vzdělání	15	50 %	13	43,3 %
Vysokoškolské vzdělání	13	43,3 %	15	50 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Tabulka č. 4 se vztahuje k otázce č. 2, na kterou odpovídalo 30 (100 %) těhotných žen a 30 (100 %) žen po porodu. Z tabulky plyne, že pouze základní vzdělání má 1 (3,3 %) těhotná žena a žádná (0 %) žena po porodu, vyučena je 1 (3,3 %) těhotná žena a 2 (6,7 %) ženy po porodu, středoškolské vzdělání má 15 (50 %) těhotných žen a 13 (43,3 %) žen po porodu a vysokoškolské vzdělání má 13 (43,3 %) těhotných žen a 15 (50 %) žen po porodu. (Viz. Graf č. 2, příloha č. 10)

5.3 Vyhodnocení otázek zaměřených na informovanost v oblasti močové inkontinence

Vyhodnocení otázky č. 1: Setkala jste se již někdy s pojmem močová inkontinence?

Tabulka č. 5: Znalost pojmu močová inkontinence

Znalost pojmu	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
ano	55	91,7 %
ne	5	8,3 %
Σ	60	100 %

Z tabulky č. 5 je patrné, že z 60 (100 %) dotazovaných respondentek se jich 55 (91,7 %) již setkala s pojmem močová inkontinence zatímco 5 (8,3 %) se nikdy s pojmem močová inkontinence nesetkala.

Tabulka č. 6: Znalost pojmu močová inkontinence

Znalost pojmu	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Ano	28	93,3 %	27	90 %
Ne	2	6,7 %	3	10 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Z Tabulky č. 6, která se vztahuje k otázce č. 1 vyplývá, že počet respondentek těhotných a respondentek po porodu, které se setkaly s pojmem močová inkontinence je velmi vyrovnaný. S pojmem močová inkontinence se setkala 28 (93,3 %) těhotných respondentek a 27 (90 %) respondentek po porodu. Zatímco 2 (6,7 %) respondentky těhotné a 3 (10 %) respondentky po porodu se s pojmem močová inkontinence nesetkaly. (Viz. Graf č. 3, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 2: Co z uvedených pojmů nejlépe vystihuje močovou inkontinenci?

Tabulka č. 7: Definice pojmu močová inkontinence

Definice pojmu	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
Nedobrovolný únik moči	59	98,3 %
Noční pomočování	0	0 %
Infekce močových cest	1	1,7 %
Σ	60	100 %

Z tabulky č. 7 vyplývá, že správně definovalo močovou inkontinenci jako nedobrovolný únik moči 59 (98,3 %) respondentek. Jako noční pomočování neoznačila

močovou inkontinenci žádná (0 %) respondentka. Nesprávnou odpověď a to, že močová inkontinence je infekce močových cest uvedla 1 (1,7 %) respondentka.

Tabulka č. 8: Definice pojmu močová inkontinence

Definice pojmu	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fí (%)	ni	fí (%)
Nedobrovolný únik moči	29	96,7 %	30	100 %
Noční pomočování	0	0 %	0	0 %
Infekce močových cest	1	3,3 %	0	0 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Z tabulky č. 8 plyne, že z celkového počtu 30 (100 %) dotazovaných těhotných žen zná definici močové inkontinence 29 (96,7 %) a 1 (3,3 %) těhotná žena definici nezná. Z 30 (100 %) žen po porodu správně definovalo močovou inkontinenci jako nedobrovolný únik moči všech 30 (100 %) respondentek. (Viz. Graf č. 4, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 3: Z jakých informačních zdrojů jste se poprvé doslechla informace o močové inkontinenci? (Pakliže bude vaše odpověď možnost „F“, přeskočte prosím následující otázku č. 4)

Tabulka č. 9: Zdroje, ze kterých se respondentka o močové inkontinenci doslechla

Informační zdroje	Těhotné respondenty a respondenty po porodu	
	ni	fi (%)
Od zdravotníků	6	10 %
Od přátel	1	1,7 %
Od rodinných příslušníků	5	8,3 %
Z literatury	38	63,3 %
Jinde	5	8,3 %
Nikdy se s informacemi neselekala	5	8,3 %
Σ	60	100 %

Tabulka č. 9 poukazuje, že 6 (10 %) respondentek z 60 se poprvé setkala s informacemi o močové inkontinenci od zdravotníků. Od přátel získala první informace o močové inkontinenci 1 (1,7 %) respondentka. Od rodinných příslušníků získalo první informace o močové inkontinenci 5 (8,3 %) respondentek. Nejvíce respondentek a to 38 (63,3 %) se poprvé s informacemi o močové inkontinenci setkaly v literatuře. Dalších 5 (8,3 %) respondentek uvedlo, že se s informacemi o močové inkontinenci setkaly jinde. S žádnými informacemi se doposud neselekalo 5 (8,3 %) z celkového počtu, tedy z 60 tázaných respondentek.

Tabulka č. 10: Zdroje, ze kterých se respondentka o močové inkontinenci doslechla

Informační zdroje	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Od zdravotníků	4	13,3 %	2	6,7 %
Od přátel	1	3,3 %	0	0 %
Od rodinných příslušníků	2	6,7 %	3	10 %
Z literatury	17	56,7 %	21	70 %
Jinde	4	13,3 %	1	3,3 %
Nikdy se s informacemi nesetkala	2	6,7 %	3	10 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Z tabulky č. 10, která se vztahuje k otázce č. 3, je patrné, že z 30 (100 %) těhotných respondentek získaly 4 (13,3 %) respondentky informace o močové inkontinenci od zdravotníků, 1 (3,3 %) respondentka získala informace od přátel, 2 (6,7 %) respondentky získaly informace od rodinných příslušníků, 17 (56,7 %) respondentek získalo informace z literatury, 4 (13,3 %) respondentky získaly informace jinde a 2 (6,7 %) těhotné respondentky se nikdy s informacemi o močové inkontinenci nesetkaly. Z 30 (100 %) respondentek po porodu získaly 2 (6,7 %) respondentky informace o močové inkontinenci od zdravotníků, od přátel nezískala informace žádná (0 %) respondentka po porodu, 3 (10 %) respondentky získaly informace od rodinných příslušníků, 21 (70 %) respondentek získalo poprvé informace z literatury, 1 (3,3 %) respondentka získala informace jinde a 3 (10 %) respondentky po porodu uvádí, že se nikdy s informacemi o močové inkontinenci nesetkaly. (Viz. Graf č. 5, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 4: V jakém období jste se poprvé setkala s informacemi o močové inkontinenci?

Tabulka č. 11: Kdy se respondentka poprvé setkala s informacemi o močové inkontinenci

Kdy se respondentka poprvé setkala s informacemi o močové inkontinenci	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi(%)
Před otěhotněním	38	63,3 %
V těhotenství	7	11,7 %
Nevzpomíná si	10	16,7 %
Neodpověděla na otázku	5	8,3 %
Σ	60	100 %

Z tabulky č. 11 vyplývá, že z 60 (100 %) respondentek se jich poprvé setkalo s informacemi o močové inkontinenci 38 (63,3 %) v době před otěhotněním. V období těhotenství se poprvé s informacemi o močové inkontinenci setkalo 7 (11,7 %) respondentek. Dalších 10 (16,7 %) respondentek si nevzpomíná na to, kdy se s informacemi o močové inkontinenci poprvé setkaly. Zbývajících 5 (8,3 %) respondentek neodpovídalo na otázku, protože v předchozí otázce č. 3 odpovídaly možností „F“, přičemž v zadání otázky č. 3 stojí že: „*Pakliže bude vaše odpověď možností „F“, přeskočte prosím následující otázku č. 4.*“

Tabulka č. 12: Kdy se respondentka poprvé setkala s informacemi o močové inkontinenci

Kdy se respondentka poprvé setkala s informacemi o močové inkontinenci	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Před otěhotněním	21	70 %	17	56,7 %
V těhotenství	1	3,3 %	6	20 %
Nevzpomíná si	6	20 %	4	13,3 %
Neodpovědělo na otázku	2	6,7 %	3	10 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Tabulka č. 12 se vztahuje k otázce č. 4 a poukazuje na to, že ze 30 (100 %) dotazovaných těhotných respondentek se jich 21 (70 %) setkala poprvé s informacemi o močové inkontinenci ještě v době před otěhotněním, 1 (3,3 %) těhotná respondentka získala první informace v těhotenství, 6 (20 %) těhotných respondentek si nevzpomíná, kdy se poprvé setkaly s informacemi o močové inkontinenci, 2 (6,7 %) respondentky neodpověděly na tuto otázku na základě instrukcí ze zadání otázky č. 3, ve které ženy volily možnost „F“. Z 30 (100 %) respondentek po porodu se jich 17 (56,7 %) setkala s informacemi o močové inkontinenci poprvé v době před otěhotněním, 6 (20 %) respondentek po porodu se s informacemi poprvé setkala v době, kdy byly těhotné, 4 (13,3 %) respondentky po porodu si nevzpomínají, kdy se poprvé s informacemi o močové inkontinenci setkaly a 3 (10 %) respondentky po porodu na otázku č. 4 neodpovídaly na základě instrukcí ze zadání předešlé otázky. (Viz. Graf č. 6, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 5: Co má vliv na vznik močové inkontinence u ženy?

Tabulka č. 13: Příčiny vzniku močové inkontinence dle respondentky

Příčiny vzniku močové inkontinence	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
Alkohol	1	0,4 %
Nadváha a obezita	19	7,7 %
Infekce močových cest	24	9,8 %
Gynekologické operace	25	10,2 %
Těhotenství	42	17,1 %
Porod	41	16,7 %
Kouření	3	1,2 %
Nedostatečná hygiena	1	0,4 %
Ochabnutí svalů pánevního dna	55	22,4 %
Věk	35	14,2 %
Σ	246	100 %

V tabulce č. 13 vycházím z hodnoty 246 (100 %), což je celkový součet odpovědí. Otázka č. 5 je výčtová a respondentky zde měly možnost uvést více odpovědí. Z této tabulky vyplývá, že užívání alkoholu jako příčina vzniku močové inkontinence byla uvedena 1x (0,4 %), vliv nadváhy a obezity jako příčiny vzniku inkontinence byl uveden 19x (7,7 %), infekce močových cest byla za příčinu vzniku inkontinence označena 24x (9,8 %),

gynekologickou operaci uvedly jako příčinu vzniku respondentky 25x (10,2 %), 42x (17,1 %) byla jako příčina podílející se na vzniku označena možnost těhotenství, 41x (16,7 %) byl jako příčina uveden porod, 3x (1,2 %) respondentky přisoudily vznik močové inkontinence kouření, 1x (0,4 %) si respondentka myslí, že podíl na vzniku inkontinence má nedostatečná hygiena genitálu, nejčastěji byla za příčinu označena možnost ochabnutí svalů pánevního dna a to 55x (22,4 %), 35x (14,2 %) byl označen věk jako příčina podílející se na vzniku močové inkontinence.

Tabulka č. 14: Příčiny vzniku močové inkontinence dle respondentky

Příčiny vzniku močové inkontinence	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Alkohol	0	0 %	1	0,8 %
Nadváha a obezita	13	10,8 %	6	4,8 %
Infekce moč.cest	14	11,7 %	10	7,9 %
Gynekologické operace	12	10 %	13	10,3 %
Těhotenství	17	14,2 %	25	19,8 %
Porod	19	15,8 %	22	17,5 %
Kouření	0	0 %	3	2,4 %
Nedostatečná hygiena genitálu	1	0,8 %	0	0 %
Ochabnutí svalstva pánevního dna	27	22,5 %	28	22,2 %
Věk	17	14,2 %	18	14,3 %
Σ	120	100 %	126	100 %

V této položce měly respondenty označit příčiny, které se podílejí na vzniku močové inkontinence. Otázka je výčtová, hodnotu 100 % zde tedy představuje součet všech odpovědí. U těhotných respondentek představuje 100 % hodnota 120. U respondentek po porodu představuje 100 % hodnota 126. Alkohol jako příčina vzniku močové inkontinence byl uveden 1x (0,8 %) u respondentek po porodu, zatímco těhotné respondenty neuvedly tuto možnost ani jednou. Nadváha a obezita byla těhotnými respondentkami označena 13x (10,8 %) a 6x (4,8 %) respondentkami po porodu. Infekce močových cest byla označena těhotnými respondentkami 14x (11,7 %) a 10x (7,9 %) respondentkami po porodu. Možnost gynekologické operace byla jako příčina označena těhotnými respondentkami 12x (10 %) a 13x (10,3 %) respondentkami po porodu. Těhotenství bylo těhotnými respondentkami označeno 17x (14,2 %) a 25x (19,8 %) respondentkami po porodu. Porod jako příčinu vzniku uvedly těhotné respondenty 19x (15,8 %) a 22x (17,5 %) jej označily respondenty po porodu. Těhotné respondenty neoznačily kouření ani jednou (0 %) zatímco 3x (2,4 %) bylo označeno respondentkami po porodu. Nedostatečná hygiena genitálu byla těhotnými respondentkami označena 1x (0,8 %), zatímco žádná (0 %) respondentka po porodu nepovažuje tuto možnost jako příčinu vzniku močové inkontinence. Ochabnutí svalstva pánevního dna bylo těhotnými respondentkami označeno 27x (22,5 %) a 28x (22,2 %) respondentkami po porodu. Věk jako příčina vzniku močové inkontinence byl označen 17x (14,2 %) těhotnými respondentkami a 18x (14,3 %) respondentkami po porodu. (Viz. Graf č. 7, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 6: Co si myslíte, že je z následujících možností účinné v předcházení vzniku močové inkontinence?

Tabulka č. 15: Znalost preventivních opatření

Znalost preventivních opatření	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
Snížení tělesné hmotnosti	21	21,4 %
Správná volba potravin	3	3,1 %
Posilování svalů pánevního dna	60	61,2 %
Dostatečný příjem tekutin	8	8,2 %
Eliminace kouření a alkoholu	5	5,1 %
Jiné	1	1 %
Σ	98	100 %

V tabulce č. 15 vycházím z čísla 98 (100 %), což je celkový součet odpovědí na výčtovou otázku, u které bylo možno uvést více než jednu odpověď. Tabulka říká, že snížení tělesné hmotnosti jako účinná možnost v předcházení vzniku močové inkontinence byla uvedena 21x (21,4 %), správná volba potravin jako prevence účinná v předcházení vzniku inkontinence byla uvedena 3x (3,1 %), posilování svalů pánevního dna jako správná odpověď byla uvedena 60x (61,2 %), dostatečný příjem vhodných tekutin označily respondentky 8x (8,2 %) jako možnou prevenci vzniku inkontinence, eliminace kouření a alkoholu byla označena, jako správná odpověď 5x (5,1 %), jiné možnosti v předcházení vzniku močové inkontinence byly popsány pouze v 1 (1 %) případě.

Tabulka č. 16: Znalost preventivních opatření

Znalost preventivních opatření	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Snížení tělesné hmotnosti	14	26,9 %	7	15,2 %
Správná volba potravin	1	1,9 %	2	4,3 %
Posilování svalů pánevního dna	30	57,8 %	30	65,2 %
Dostatečný příjem tekutin	4	7,7 %	4	8,7 %
Eliminace kouření a alkoholu	2	3,8 %	3	6,5 %
Jiné	1	1,9 %	0	0 %
Σ	52	100 %	46	100 %

Tabulka č. 16 vztahující se k otázce č. 6 popisuje, jak jsou těhotné respondentky a respondentky po porodu informované o možnostech prevence vzniku inkontinence močové. Otázka č. 6 je výčtová, hodnotu 100 % tedy představuje součet všech odpovědí. U těhotných žen představuje 100 % hodnota 52 a u žen po porodu představuje 100 % hodnota 46. Počet jednotlivých možností, které označily těhotné ženy a ženy po porodu je zde téměř vyrovnaný. Výjimku zde tvoří pouze možnost „A“ tedy snížení tělesné hmotnosti, která byla označena častěji těhotnými ženami a to 14x (26,9 %), zatímco jen 7x (15,2 %) byla tato možnost označena ženami po porodu. Správnou volbu potravin považují za vhodnou prevenci těhotné respondentky 1x (1,9 %) a 2x (4,3 %) respondentky po porodu. Posilování svalů pánevního dna bylo těhotnými respondentkami označeno 30x (57,8 %), stejně tak byla 30x (65,2 %) označena tato možnost respondentkami po porodu. Počet odpovědí se shoduje také u další možnosti, kde 4x (7,7 %) uvedly dostatečný příjem tekutin jako vhodnou prevenci respondentky těhotné a stejně tak 4x (8,7 %) uvedly tuto možnost respondentky po porodu. Eliminace kouření a alkoholu jako prevence vzniku močové inkontinence byla uvedena 2x (3,8 %) těhotnými respondentkami a 3x (6,5 %) respondentkami po porodu. Jiná možnost

prevence byla označena těhotnými respondentkami pouze 1x (1,9 %), zatímco respondentky po porodu neoznačily tuto možnost v žádném (0 %) případě. (Viz. Graf č. 8, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 7: Setkala jste se s informacemi o možnostech léčby inkontinence? Pokud ano s jakými?

Tabulka č. 17: Znalost možností léčby močové inkontinence

Znalost možností léčby	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
Cviky na posílení svalů pánevního dna	57	57 %
Jiná fyzioterapie – elektrostimulace ...	3	3 %
Medikamentózní léčba	14	14 %
Operativní léčba	24	24 %
Účinná léčba neexistuje	2	2 %
Σ	100	100 %

V tabulce č. 17 vycházím z celkového počtu 100 (100 %), což je celkový počet odpovědí na otázku č. 7. Tato otázka je výčtová a respondentky zde měly možnost uvést více odpovědí. Cviky na posílení svalů pánevního dna uvedly respondentky jako možnost léčby močové inkontinence 57x (57 %), jiné druhy fyzioterapie – elektrostimulace, vaginální kónusy označily respondentky jako možnost léčby 3x (3 %), medikamentózní léčbu označily respondentky 14x (14 %), operativní léčbu udaly respondentky 24x (24 %), to že účinná léčba neexistuje, označily respondentky ve 2 (2 %) případech.

Tabulka č. 18: Znalost možností léčby močové inkontinence

Znalost možností léčby	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Cviky na posílení svalů pánevního dna	28	52,8 %	29	61,7 %
Jiná fyzioterapie – elektrostimulace ...	2	3,8 %	1	2,1 %
Medikamentózní léčba	9	17 %	5	10,6 %
Operativní léčba	13	24,5 %	11	23,4 %
Účinná léčba neexistuje	1	1,9 %	1	2,1 %
Σ	53	100 %	47	100 %

Tabulka č. 18 vztahující se k otázce č. 7 popisuje znalost možností léčby močové inkontinence. Otázka č. 7, ke které se tato tabulka vztahuje, je výčtová. Proto zde 100 % tvoří součet všech odpovědí. U těhotných žen tvoří 100 % hodnota 53, zatímco u žen po porodu je 100 % hodnota 47. Těhotné ženy zde uvedly cviky na posílení svalů pánevního dna 28x (52,8 %) a ženy po porodu tuto možnost uvedly 29x (61,7 %) jako možnost léčby močové inkontinence. Jinou fyzioterapii uvedly 2x (3,8 %) těhotné ženy a 1x (2,1 %) ženy po porodu. Medikamentózní léčba byla označena 9x (17 %) těhotnými respondentkami a 5x (10,6 %) respondentkami po porodu. Operativní léčbu označily těhotné respondentky 13x (24,5 %) a 11x (23,4 %) respondentky po porodu. 1x (1,9 %) byla označena těhotnými ženami možnost, že účinná léčba močové inkontinence neexistuje a stejně tak tuto možnost označily 1x (2,1 %) respondentky po porodu. (Viz. Graf č. 9, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 8: Znáte některé cviky, které vedou k posílení pánevního dna?
Pokud ano, kdo Vás o nich poučí?

Tabulka č. 19 : Informace respondentky o cvicích posilujících svaly pánevního dna

Znalost cviků na posílení svalů pánevního dna	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi(%)
Ano	42	70 %
Ne	18	30 %
Σ	60	100 %

Z tabulky č. 19 vyplývá, že z celkového počtu 60 (100 %) respondentek uvedlo 42 (70 %) respondentek, že zná některé cviky, které vedou k posílení svalů pánevního dna. Zbývajících 18 (30 %) respondentek uvedlo, že cviky vedoucí k posílení svalů pánevního dna neznají.

Tabulka č. 20 : Informace respondentky o cvicích posilujících svaly pánevního dna

Znalost cviků na posílení svalů pánevního dna	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Ano	19	63,3 %	23	76,7 %
Ne	11	36,7 %	7	23,3 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Z tabulky č. 20 vztahující se k otázce č. 8 vyplývá, že z 30 (100 %) dotazovaných těhotných respondentek zná cviky na posílení svalů pánevního dna 19 (63,3 %) a 11 (36,7 %) těhotných respondentek cviky nezná. Z 30 (100 %) respondentek po porodu zná cviky na posílení svalů pánevního dna 23 (76,7 %) respondentek a 7 (23,3 %) respondentek po porodu tyto cviky nezná. (Viz. Graf č. 10, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 8: Znáte některé cviky, které vedou k posílení pánevního dna?
Pokud ano, kdo Vás o nich poučil?

Tabulka č. 21: Od koho má respondentka informace o těchto cvicích?

Od koho má respondentka informace o cvicích	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
Instruktorka jógy a jiných cvičení	11	18,3 %
Od zdravotníků	13	21,7 %
Literatura, internet, médiá...	18	30 %
Respondentka nemá informace	18	30 %
Σ	60	100 %

Z tabulky č. 21 vyplývá, že 11 (18,3 %) respondentek poučil o cvicích vedoucích k posílení svalů pánevního dna instruktor/ka jógy, nebo jiných druhů cvičení, 13 (21,7 %) respondentek bylo se cviky obeznámeno zdravotníky a 18 (30 %) žen získalo informace o cvicích posilujících svaly pánevního dna z literatury, internetu a z medií. Zbývajících 18 (30 %) respondentek informace o posilování cviků pánevního dna nezískalo od nikoho.

Tabulka č. 22: Od koho má respondentka informace o těchto cvicích?

Od koho má respondentka informace o cvicích	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Instruktorka jógy a jiných cvičení	1	3,3 %	10	33,3 %
Od zdravotníků	8	26,7 %	5	16,7 %
Literatura, internet, médi...	10	33,3 %	8	26,7 %
Respondentka nemá informace	11	36,7 %	7	23,3 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Tabulka č. 22 se vztahuje k otázce č. 8 a poukazuje na to, od koho získaly těhotné respondentky a respondentky po porodu informace o cvicích, které vedou k posílení svalů pánevního dna. Tabulka říká, že z 30 (100 %) těhotných respondentek a z 30 (100 %) respondentek po porodu získala 1 (3,3 %) těhotná respondentka a 10 (33,3 %) respondentek po porodu informace o cvicích posilujících svaly pánevního dna od instruktora/ky jógy či jiných cvičení. Od zdravotníků získalo tyto informace 8 (26,7 %) těhotných žen a 5 (16,7 %) žen po porodu. Jako zdroj informací o posilování svalů pánevního dna posloužila 10 (33,3%) těhotným ženám a 8 (26,7 %) ženám literatura, internet a média. Zbýlých 11 (36,7 %) těhotných respondentek a 7 (23,3 %) respondentek po porodu nemá informace o cvicích vedoucích k posílení svalstva dna pánevního. (Viz. Graf č. 11, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 9: Kdy si myslíte, že je vhodné zahájit posilování pánevního dna, abyste se co nejúspěšněji vyhnula problémům s únikem moči.

Tabulka č. 23: Kdy je vhodné zahájit posilování svalů pánevního dna

Kdy je vhodné zahájit posilování svalů pánevního dna	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
Před otěhotněním	36	60 %
V těhotenství	14	23,3 %
Po porodu	10	16,7 %
Σ	60	100 %

Z tabulky č. 23 vyplývá, že z celkového počtu 60 (100 %) dotazovaných respondentek si 36 (60 %) respondentek správně myslí, že je vhodné zahájit posilování svalů pánevního dna již v době před otěhotněním, 14 (23,3 %) respondentek udává, že s posilováním svalů dna pánevního je vhodné začít v těhotenství a 10 (16,7 %) respondentek si myslí, že posilování svalů pánevního dna stačí zahájit až po porodu.

Tabulka č. 24: Kdy je vhodné zahájit posilování svalů pánevního dna

Kdy je vhodné zahájit posilování svalů pánevního dna	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Před otěhotněním	22	73,3 %	14	46,7 %
V těhotenství	2	6,7 %	12	40 %
Po porodu	6	20 %	4	13,3 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Tabulka č. 24 je ukázkou výsledků otázky č. 9, u které 30 (100 %) těhotných žen a 30 (100 %) žen po porodu odpovídá na dotaz, kdy je vhodné zahájit posilování svalů pánevního dna. Z této tabulky plyne, že 22 (73,3 %) těhotných žen a 14 (46,7 %) žen po porodu si myslí, že s posilováním svalů dna pánevního je vhodné začít ještě před otěhotněním. Další 2 (6,7 %) těhotné ženy a 12 (40 %) žen po porodu si myslí, že s posilováním je vhodné začít v těhotenství. Zbýlých 6 (20 %) těhotných respondentek a 4 (13,3 %) respondentky po porodu si myslí, že posilování svalů pánevního dna je vhodné zahájit až po porodu. (Viz. Graf č. 12, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 10: Posilujete pravidelně svaly pánevního dna, abyste předešla nedobrovolnému úniku moči?

Tabulka č. 25: Posilují respondentky svaly pánevního dna pravidelně

Posilují respondentky svaly pánevního dna pravidelně	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi(%)
Ano	20	33,3 %
Ne	40	66,7 %
Σ	60	100 %

Z tabulky č. 25 vyplývá, že z celkového počtu 60 (100 %) dotazovaných respondentek pravidelně posiluje svaly pánevního dna 20 (33,3 %) respondentek, zatímco 40 (66,7 %) respondentek cviky na posílení svalů pánevního dna pravidelně neprovádí.

Tabulka č. 26: Posilují respondentky svaly pánevního dna pravidelně

Posilují respondentky svaly pánevního dna pravidelně	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Ano	8	26,7 %	12	40 %
Ne	22	73,3 %	18	60 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Tabulka č. 26 vztahující se k otázce č. 10, poukazuje na to, kolik těhotných respondentek a respondentek po porodu pravidelně posiluje svaly pánevního dna. Z této tabulky plyne, že z 30 (100 %) těhotných žen a z 30 (100 %) žen po porodu pravidelně posiluje svaly pánevního dna 8 (26,7 %) těhotných žen a 12 (40 %) žen po porodu. Zatímco 22 (73,3 %) těhotných žen a 18 (60 %) žen po porodu pravidelně svaly pánevního dna neposiluje. (Viz. Graf č. 13, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 11: Znáte nějaké hygienické pomůcky, které může inkontinentní žena používat? Pokud ano, vyjmenujte je.

Tabulka č. 27: Znalost hygienických pomůcek

Znalost hygienických pomůcek	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
ano	48	80 %
ne	12	20 %
Σ	60%	100 %

Z tabulky č. 27 je patrné, že hygienické pomůcky, které může používat žena trpící inkontinencí, zná z celkového počtu 60 (100 %) dotazovaných respondentek 48 (80 %) respondentek. Zbývajících 12 (20 %) respondentek nezná hygienické pomůcky pro inkontinentní ženy.

Tabulka č. 28: Znalost hygienických pomůcek

Znalost hygienických pomůcek	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Ano	23	76,7 %	25	83,3 %
Ne	7	23,3 %	5	16,7 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Tabulka č. 28 je vyhodnocením otázky č. 11 a poukazuje na znalost hygienických pomůcek používaných při inkontinenci moči. Tabulka říká, že z 30 (100 %) těhotných žen a

30 (100 %) žen po porodu disponuje informacemi o hygienických pomůckách 23 (76,7 %) těhotných žen a 25 (83,3 %) žen po porodu. Zbýlých 7 (23,3 %) těhotných respondentek a 5 (16,7 %) respondentek po porodu nemá žádné informace o hygienických pomůckách, které mohou být použity v případě, že žena trpí močovou inkontinencí. (Viz. Graf č. 14, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 12: Slyšela jste někdy, že ženy, které rodily Císařským řezem, trpí méně často nedobrovolným únikem moči než ženy po vaginálním porodu? Pokud ano, věděla byste proč je tomu tak?

Tabulka č. 29: Informace o nižším výskytu inkontinence v souvislosti s Císařským řezem

Informace o nižším výskytu močové inkontinence v souvislosti s Císařským řezem	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
Nemá informace	38	63,3 %
Má informace	10	16,7 %
Ano, ale nezná bližší informace	12	20 %
Σ	60	100 %

Tabulka č. 29 říká, že z celkového počtu 60 (100 %) respondentek nemá 38 (63,3 %) žen informace o tom, že porod Císařským řezem je méně rizikový z hlediska vzniku močové inkontinence, než porod vaginální. Dalších 10 (16,7 %) respondentek se již s těmito informacemi setkala a 12 (20 %) respondentek se s informacemi setkala, ale neví proč tomu tak je.

Tabulka č. 30: Informace o nižším výskytu inkontinence v souvislosti s Císařským řezem

Informace o nižším výskytu močové inkontinence v souvislosti s Císařským řezem	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Nemá informace	18	60 %	20	66,7 %
Má informace	4	13,3 %	6	20 %
Ano, ale nezná bližší informace	8	26,7 %	4	13,3 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Tabulka č. 30 vztahující se ke 12. otázce sděluje, zda mají těhotné respondentky a respondentky po porodu informace o nižším výskytu močové inkontinence v souvislosti s porodem Císařským řezem. Na otázku odpovědělo 30 (100 %) těhotných žen a 30 (100 %) žen po porodu. Z tabulky je patrné, že 18 (60 %) těhotných respondentek a 20 (66,7 %) respondentek po porodu se nesetkalo s informacemi o menším vlivu Císařského řezu na vznik močové inkontinence. Další 4 (13,3 %) těhotné respondentky a 6 (20 %) respondentek po porodu má informace o vlivu Císařského řezu na vznik močové inkontinence. Zbýlých 8 (26,7 %) těhotných respondentek a 4 (13,3 %) respondentky po porodu se setkaly s informací, že Císařský řez je menším rizikem pro vznik močové inkontinence než porod vaginální, ale nemají informace proč tomu tak je. (Viz. Graf č. 15, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 13: Kolik jste prodělala porodů?

Tabulka č. 31: Počet porodů, které respondentka prodělala

Kolik porodů respondentka prodělala	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
Respondentku čeká 1. porod	10	16,7 %
Jeden porod	29	48,3 %
Více než jeden porod	21	35 %
Σ	60	100 %

Tabulka č. 31 ukazuje, že z 60 (100 %) dotazovaných respondentek jich 10 (16,6 %) čeká 1. porod, 29 (48,3 %) respondentek již jeden porod prodělalo a 21 (35 %) respondentek prodělalo více než jeden porod.

Tabulka č. 32: Počet porodů, které respondentka prodělala

Kolik porodů respondentka prodělala	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Respondentku čeká 1. porod	10	33,3 %	0	0 %
Jeden porod	16	53,3 %	13	43,3 %
Více porodů	4	13,3 %	17	56,7 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Tabulka č. 32 se vztahuje k otázce č. 13, která je zaměřena na získání informací o tom, kolik porodů prodělaly těhotné respondentky a kolik porodů prodělaly respondentky po porodu. Z tabulky plyne, že z 30 (100 %) dotazovaných těhotných respondentek jich očekává 1. porod 10 (33,3 %), jeden porod již prodělalo 16 (53,3 %) těhotných respondentek a 4 (13,3 %) těhotné respondentky za sebou mají více porodů než jeden. Z 30 (100 %)

respondentek po porodu možnost „A“, tedy že čekají 1. porod, vynechaly všechny respondentky, dalších 13 (43,3 %) respondentek po porodu prodělalo jeden porod a 17 (56,7 %) respondentek po porodu prodělalo více než jeden porod. (Viz. Graf č. 16, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 14: Stalo se Vám v některém z uvedených období, že jste trpěla nedobrovolným únikem moči? Pokud ano, uveďte, kdy to bylo?

Tabulka č. 33: Období , ve kterém respondentky poprvé utrpěly nedobrovolný únik moči

Období, ve kterém respondentky poprvé utrply nedobrovolný únik moči	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
Před otěhotněním	1	1,7 %
V těhotenství	23	38,3 %
Po porodu	9	15 %
Nikdy	27	45 %
Σ	60	100 %

Tabulka č. 33 poukazuje na to, že z celkového počtu 60 (100 %) dotazovaných respondentek utrpěla 1 (1,7 %) respondentka poprvé nedobrovolný únik moči v období před otěhotněním. V těhotenství se s prvním únikem moči setkala 23 (38,3 %) žen zatímco 9 (15 %) oslovených žen utrpělo poprvé nedobrovolným únikem moči v období po porodu a 27 (45 %) respondentek se s močovou inkontinencí nesetkalo nikdy.

Tabulka č. 34: Období kdy respondentky poprvé utrpěly nedobrovolný únik moči

Období, ve kterém respondentky poprvé utrpěly nedobrovolný únik moči	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Před otěhotněním	0	0 %	1	3,3 %
V těhotenství	9	30 %	14	46,7 %
Po porodu	3	10 %	6	20 %
Nikdy	18	60 %	9	30 %
Σ	30	100%	30	100 %

Z tabulky č. 34 vztahující se k otázce č. 14 vyplývá, že z 30 (100 %) těhotných respondentek neprodělala žádná (0 %) nedobrovolný únik moči před otěhotněním, 9 (30 %) těhotných respondentek prodělalo nedobrovolný únik moči poprvé v těhotenství, po porodu prodělaly nedobrovolný únik moči 3 (10 %) těhotné respondentky a 18 (60 %) těhotných respondentek neutrpělo nedobrovolným únikem moči nikdy. Z 30 (100 %) respondentek po porodu utrpěla nedobrovolným únikem moči poprvé v období před otěhotněním 1 (3,3 %) respondentka, v těhotenství utrpělo prvním nedobrovolným únikem 14 (46,7 %) žen po porodu, v období po porodu nedobrovolný únik moči poprvé postihl 6 (20 %) respondentek a 9 (30 %) respondentek po porodu uvádí, že nedobrovolným únikem moči neutrpělo nikdy. (Viz. Graf č. 17, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 15: Víte na koho se obrátit případě, že Vás postihne nedobrovolný únik moči?

Tabulka č. 35: Ví respondentka na koho se obrátit v případě nedobrovolného úniku moči

Ví respondentka na koho se obrátit v případě nedobrovolného úniku moči	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
Ano	44	73,3 %
Ne	16	26,7 %
Σ	60	100 %

Z tabulky č. 35 vyplývá, že celkem 44 (73,4 %) z 60 (100 %) oslovených respondentek ví, na koho by se obrátily v případě, že by je postihl nedobrovolný únik moči. Dalších 16 (26,7 %) respondentek neví, na koho by se v případě nedobrovolného úniku moči obrátily.

Tabulka č. 36 Ví respondentka na koho se obrátit v případě nedobrovolného úniku moči

Ví respondentka na koho se obrátit v případě nedobrovolného úniku moči	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Ano	22	73,3 %	22	73,3 %
Ne	8	26,7 %	8	26,7 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Tabulka č. 36 se vztahuje k otázce č. 15 a poukazuje na to, že počet těhotných žen a žen po porodu, které odpovídaly na otázku, zda ví na koho se obrátit v případě, že utrpí nedobrovolným únikem moči, je vyrovnaný. Z 30 (100 %) těhotných žen a z 30 (100 %) žen po porodu odpovědělo 22 (73,3 %) těhotných žen a 22 (73,3 %) žen po porodu, že ví, na koho se obrátit, zatímco zbylých 8 (26,7 %) těhotných žen a 8 (26,7 %) žen po porodu neví, na koho by se obrátily v případě, že by trpěly nedobrovolným únikem moči. (Viz. Graf č. 18 příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 15: Víte na koho se obrátit případně, že Vás postihne nedobrovolný únik moči?

Tabulka č. 37: Koho respondentky navštíví, při vyskytnutí se močové inkontinence

Koho respondentka navštíví, při vyskytnutí se nedobrovolného úniku moči	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
Gynekolog	25	46,3 %
Urolog	10	18,5 %
Praktický lékař	19	35,2 %
Σ	54	100 %

V tabulce č. 37 vycházím z celkového počtu 54 (100 %), což je součet všech odpovědí. Na otázku odpovědělo 44 respondentek, avšak některé respondentky uvedly více odpovědí. Z tabulky vyplývá, že 25x (46,3 %) respondentky uvedly gynekologa, 10x (18,5 %) urologa a 19x (35,2 %) praktického lékaře, jako odborníka, na kterého by se obrátily v případě, že by trpěly močovou inkontinencí.

Tabulka č. 38: Koho respondentky navštíví, při vyskytnutí se močové inkontinence

Koho respondentka navštíví, při vyskytnutí se nedobrovolného úniku moči	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Gynekolog	10	35,7 %	15	57,7 %
Urolog	6	21,4 %	4	15,4 %
Praktický lékař	12	42,9 %	7	26,9 %
Σ	28	100 %	26	100 %

Tabulka č. 38 se vztahuje k otázce č. 15. U této otázky tvoří hodnotu 100 % součet uvedených odpovědí, které respondentky doplňovaly. U těhotných respondentek představuje 100 % hodnota 28, zatímco u respondentek po porodu představuje 100 % hodnota 26.

Z tabulky vyplývá, že gynekologa, jako odborníka, kterého by respondentky vyhledaly při nedobrovolném úniku moči, uvedly 10x (35,7 %) těhotné ženy a 15x (57,7 %) ženy po porodu, urologa uvedly 6x (21,4 %) těhotné ženy a 4x (15,4 %) ženy po porodu, zatímco praktického lékaře uvedly 12x (42,9 %) těhotné ženy a 7x (26,9 %) ženy po porodu. (Viz. Graf č. 19, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 16: Myslíte si, že máte dostatek informací o močové inkontinenci?

Tabulka č. 39: Považuje respondentka informace o močové inkontinenci za dostačující

Považuje respondentka informace o močové inkontinenci za dostačující	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
ano	18	30 %
ne	27	45 %
nevím	15	25 %
Σ	60	100 %

Tabulka č. 39 říká, že pouze 18 (30 %) žen z 60 (100 %) všech oslovených respondentek považuje informace, které má o močové inkontinenci za dostačující. Další 27 (45 %) žen nepovažuje informace, které má o močové inkontinenci za dostačující. Zbýlých 15 (25 %) respondentek neví, zda jsou informace, které mají o močové inkontinenci dostačující.

Tabulka č. 40: Považuje respondentka informace o močové inkontinenci za dostačující

Považuje respondentka informace o močové inkontinenci za dostačující	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Ano	8	26,7 %	10	33,3 %
Ne	17	56,7 %	10	33,3 %
Nevím	5	16,7 %	10	33,3 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Z tabulky č. 40, která se vztahuje k otázce č. 16, je patrné, že z 30 (100 %) těhotných respondentek a z 30 (100 %) respondentek po porodu považuje informace o močové inkontinenci za dostačující 8 (26,7 %) těhotných respondentek a 10 (33,3 %) respondentek po porodu. Dalších 17 (56,7 %) těhotných respondentek a 10 (33,3 %) respondentek po porodu nepovažuje informace, které má o močové inkontinenci, za dostačující. Zbylých 5 (16,7 %) těhotných respondentek a 10 (33,3 %) respondentek po porodu neví, zda jsou informace o močové inkontinenci, kterými disponují, dostačující. (Viz. Graf č. 20, příloha č. 10)

Vyhodnocení otázky č. 17: Máte zájem o více informací týkajících se močové inkontinence?

Tabulka č. 41: Zájem o prohloubení informací o močové inkontinenci

Zájem o prohloubení informací o močové inkontinenci	Těhotné respondentky a respondentky po porodu	
	ni	fi (%)
ano	32	53,3 %
ne	28	46,7 %
Σ	60	100 %

V tabulce č. 41 je uvedeno, že 32 (53,3 %) respondentek z celkového počtu 60 (100%) dotazovaných žen, má zájem o prohloubení informací o močové inkontinenci. Dalších 28 (46,7 %) respondentek nemá zájem o nové informace týkající se močové inkontinence.

Tabulka č. 42: Zájem o prohloubení informací o močové inkontinenci

Zájem o prohloubení informací o močové inkontinenci	Těhotné respondentky		Respondentky po porodu	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Ano	14	46,7 %	18	60 %
Ne	16	53,3 %	12	40 %
Σ	30	100 %	30	100 %

Tabulka č. 42 se vztahuje k otázce č. 17 a vyplývá z ní, že z 30 (100 %) těhotných respondentek a z 30 (100 %) respondentek po porodu, má zájem o prohloubení informací o močové inkontinenci 14 (46,7 %) těhotných respondentek a 18 (60 %) respondentek po porodu. Zbýlých 16 (53,3 %) těhotných respondentek a 12 (40 %) respondentek po porodu zájem o prohloubení informací o močové inkontinenci nemá. (Viz. Graf č. 21, příloha č. 10)

6. Diskuze

Jak již bylo výše zmíněno, močová inkontinence je problémem, který může postihnout ženy, muže i děti, a to v jakémkoliv věku. Jedná se o mimovolný únik moči, který negativně ovlivňuje kvalitu života ve všech směrech. Odborné prameny uvádějí, že se s tímto problémem setkává ve svém životě až 50 % žen, i když třeba jen na přechodnou dobu.

Myslím si, že společnost, i přes velký vliv médií stále ještě považuje močovou inkontinenci jako problém týkající se spíše starších osob. Proto jsem si jako cílovou skupinu vybrala ženy od 20 do 40 let. Chtěla jsem zjistit, zda tato skupina žen je dostatečně informovaná o močové inkontinenci. Cílem mé práce bylo zjistit, zda ženy ve věku od 20 do 40 let mají informace o močové inkontinenci, jejich rizikových faktorech, prevenci a léčbě a odkud je získávají. Dalším cílem bylo zjistit, zda mají ženy ve věku od 20 do 40 let povědomí o důležitosti preventivního posilování svalů pánevního dna. Bylo také cílem zjistit, zda ženy ve věku od 20 do 40 let hodnotí množství informací o močové inkontinenci jako dostatečné a zda ví, kde si mohou prohloubit znalosti.

V průběhu prosince roku 2012 a ledna roku 2013 bylo mnou rozdáno 60 dotazníků na Gynekologicko-porodnické oddělení. Zpět jsem získala všech 60 dotazníků. Mohu tedy říci, že byla 100 % návratnost.

Jak vyplývá z tabulky č. 1 účastnily se mého šetření ženy všech věkových kategorií, které byly v dotazníku udány. Nejvíce žen se nacházelo ve věkové kategorii 27 – 33 let a to 28 (46,7 %) žen, o něco méně žen zahrnovala kategorie 33 – 40 let a to 23 (38,3 %) žen a nejméně žen se nacházelo ve věkové kategorii 20 – 27 let a to 9 (15 %) žen z celkového počtu, což zahrnovalo 60 dotazovaných respondentek. Toto rozložení tedy potvrzuje, že je inkontinence problém, který postihuje ženy v kterémkoliv věku, jak tvrdí odborné prameny.

Co se týče vzdělanosti žen účastnicích se výzkumného šetření, tak nejvíce byly zastoupeny skupiny středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných žen, kdy v obou případech označilo tuto možnost 28 (46,7 %) žen, vyučeny byly 3 (5 %) ženy a nejméně, tedy 1 (1,6 %) žena z 60 dotazovaných měla základní vzdělání. Toto zastoupení je patrné z tabulky č. 3, která poukazuje na vzdělání všech žen účastnicích se šetření. Tabulka č. 4 ukazuje, že rozdíly v četnosti odpovědí těhotných žen a žen po porodu jsou nepatrné. Podle Českého statistického

úřadu byla k 18.1.2011 nejpočetněji zastoupena skupina středoškolsky vzdělaných žen, po ní následovala skupina žen vyučených, dále byla nejpočetněji zastoupena skupina žen s vysokoškolským vzděláním a nejméně žen mělo vzdělání základní. Předpokládala jsem, že skupina středoškolsky vzdělaných žen bude nejpočetněji zastoupena, ale nepředpokládala jsem, že stejný počet žen bude tvořit i skupina vysokoškolsky vzdělaných žen. Nízký počet žen vyučených a žen se základním vzděláním jsem předvídala.

Z tabulky č. 5 a č. 6 vyplývá, kolik oslovených žen se setkalo s pojmem močová inkontinence. Z celkového počtu oslovených žen se jich s pojmem setkalo 91,7 % žen a 8,3 % žen se s tímto pojmem nesetkalo. Jak potom ukazuje tabulka č. 6, rozdíly v četnosti odpovědí žen těhotných a žen po porodu jsou nepatrné. Očekávala jsem, že se s pojmem močová inkontinence setkal vysoký počet žen. Toto očekávání se mi naplnilo. Močová inkontinence je problém, který se objevuje v každém věku, lze tedy předpokládat, že se již ženy ve věku od 20 do 40 let s tímto pojmem setkaly, ať už v souvislosti s prevencí nebo v souvislosti s existujícím problémem, který postihl je samotné, nebo například někoho z jejich blízkých.

Dalším cílem bylo také zjistit, zda ženy ví, co to močová inkontinence je, zda znají její správnou definici. Informace o těchto skutečnostech jsou patrné z tabulek č. 7 a č. 8. Tabulka č. 7 poukazuje na to, že 98,3 % žen správně definuje močovou inkontinenci jako nedobrovolný únik moči a pouze jedna 1,7 % žena ze všech dotazovaných si myslí, že je močová inkontinence infekce močových cest. Jak ukazuje tabulka č. 8, tato respondentka spadá do skupiny těhotných žen. Předpokládala jsem, že správnou definici bude znát převažující většina žen. Ženy jsou správně informovány o tom, co je to močová inkontinence díky médiím, literatuře a převážně internetu, jak bude zmíněno v dalším textu. Myslím si, že každá žena, která je těhotná nebo po porodu prahne po informacích týkajících se její nové životní role a aktivně je vyhledává. Při té příležitosti se setkává, třeba i necíleně s informacemi o močové inkontinenci.

Jak je vidět z tabulky č. 9, nejvíce oslovených žen a to 63,3 % získalo své první informace o močové inkontinenci z literatury. Podstatně méně žen a to 10 % získalo první informace od zdravotníků, 8,3 % žen uvedlo, že získalo své první informace jinde, dalších 8,3 % žen získalo informace od rodinných příslušníků, 1,7 % žen získalo první informace od přátel a 8,3 % žen se s informacemi o močové inkontinenci nikdy nesetkalo. Tabulka č. 10

poukazuje na to, že počty odpovědí těhotných respondentek a respondentek po porodu na jednotlivé možnosti jsou u této otázky celkem vyrovnané. Z tabulky vyplývá, že nejčastěji se těhotné ženy a ženy po porodu s prvními informacemi setkaly v literatuře, zatímco nejméně častým zdrojem informací, jak pro ženy těhotné, tak pro ženy po porodu, byli přátelé. Domnívala jsem se, že bude pro ženy častým zdrojem prvních informací literatura, protože jak jsem již zmiňovala, dnešní doba nabízí velké množství informací poskytnuté prostřednictvím internetu, ke kterému má přístup téměř každý. Literárním zdrojem mohou být také edukační materiály, letáky, brožurky, časopisy v ordinaci gynekologa, kterého žena navštěvuje v době těhotenství častěji. Překvapujícím zjištěním pro mě byl fakt, že pouze 10 % žen uvedlo jako zdroj informací zdravotníka. Myslím si, že lékař, všeobecná sestra nebo porodní asistentka by měli aktivně poskytovat těhotné ženě informace o riziku vzniku močové inkontinence v těhotenství a po porodu. Porovnávala jsem zde své výsledky s výsledky bakalářské práce z roku 2010. Jodasová (2010, s. 47 - 48) ve své práci nazvané Míra informovanosti žen o komplexním řešení močové inkontinence uvádí, že nejvíce žen uvedlo jako zdroj informací gynekologa, podstatně méně žen uvedlo jako zdroj informací internet a časopisy, jako alarmující považovala, že žádná žena, které se dotazovala, neuvedla jako zdroj informací všeobecnou sestru nebo porodní asistentku. Naše výsledky se tedy liší. Myslím si, že rozdíly mohou být dané faktem, že se Jodasová zaměřovala i na starší skupiny žen, které mohou považovat informace získané od odborníka, za důvěryhodnější, než informace získané z časopisů a internetu, tedy z literatury.

V tabulce č. 11 je uvedeno, že nejvíce dotazovaných žen se s informacemi o močové inkontinenci poprvé setkalo v době před otěhotněním a to 63,3 %, 11,7 % žen získalo informace poprvé v těhotenství, 16,7 % žen si nevzpomíná, kdy přesně se poprvé setkaly s informacemi o močové inkontinenci a zbývajících 8,3 % žen na otázku neodpovědělo. V tabulce č. 12 jsou patrné rozdíly v množství odpovědí těhotných žen a žen po porodu. V době těhotenství se s informacemi o močové inkontinenci poprvé setkalo více žen po porodu, nežli těhotných. Zatímco těhotné ženy se častěji než ženy po porodu setkaly s informacemi o močové inkontinenci v době před otěhotněním. Avšak rozdíly v četnosti odpovědí nejsou nijak závratné. Tyto výsledky mě mile překvapily v tom, že ženy své informace nejčastěji získaly již před otěhotněním. Očekávala jsem, že převážná většina žen získala informace o močové inkontinenci až v době těhotenství, tedy až v době, kdy jsou ohroženy větším rizikem vzniku močové inkontinence. Těhotenství, jak uvádí Chmel, je totiž doprovázeno hormonálními změnami, které mají vliv na vznik močové inkontinence.

V tabulce č. 13 je uvedeno, jaké příčiny vzniku močové inkontinence všechny dotazované ženy nejčastěji uvedly. Nejčastěji a to z 22,4 % byla zastoupena příčina ochabnutí svalstva pánevního dna, 17,1 % zaujímala příčina těhotenství, 16,7 % porod, 14,2 % věk, 10,2 % gynekologické operace, 9,8 % infekce močových cest, 7,7 % nadváha a obezita, 1,2 % kouření, 0,4 % alkohol a stejně tak z 0,4 % byla zastoupena nedostatečná hygiena genitálu. Tabulka č. 14 poukazuje na rozdíly v četnosti odpovědí těhotných žen a žen po porodu. Počet možností, které označily těhotné ženy a ženy po porodu je velice vyrovnaný. Výjimku tvoří pouze možnost nadváha a obezita, kterou považuje za příčinu vzniku močové inkontinence více žen těhotných, nežli žen po porodu a možnost těhotenství, které považuje za příčinu vzniku močové inkontinence více žen po porodu, nežli žen těhotných. Předpokládala jsem, že nejvíce žen uvede ochabnutí svalstva pánevního dna jako rizikový faktor vzniku inkontinence. Tento výsledek je celkem logický, protože si myslím, že je kladen velký důraz na posilování svalů pánevního dna, jakožto na prevenci vzniku nedobrovolného úniku moči. Tudíž si ženy mohly vyvodit, že ochabnutí svalů pánevního dna je nejčastější příčinou vzniku močové inkontinence. Frantálová (2007, s. 3) tvrdí, že 10 – 20 % všech rodiček trpí inkontinencí moči nebo stolice. Vysoké zastoupení těhotenství a porodu jako příčiny vzniku močové inkontinence mě tedy nepřekvapil. Vzhledem k cílové skupině, kterou tvoří pouze ženy těhotné a ženy po porodu lze předpokládat, že tyto ženy mají povědomí o tom, že je těhotenství a porod rizikovým faktorem vzniku močové inkontinence. Očekávala jsem, že ženy budou častěji označovat věk jako příčinu vzniku močové inkontinence. Myslím si, že společnost považuje močovou inkontinenci jako problematiku týkající se spíše starších žen. Podle mého mínění má vysoký vliv reklama, která se zaměřuje pouze na ženy v klimakteriu. Tento vliv reklamy by mohl být zavádějící. Proto mě zarazilo, že ženy neoznačily věk častěji. Lze tedy soudit, že jsou obeznámeny s tím, že inkontinence je problém, který může vznikat v každém věku. Dále jsem očekávala, že ženy budou v převážné většině označovat nadváhu a obezitu jako faktor, který se podílí na vzniku inkontinence. Nadváha a obezita má velký vliv na vznik močové inkontinence, především tedy stresové, jak uvádí Chmel. Zarazilo mne také, jak málo byla označena možnost kouření. Přitom Chmel uvádí kouření jako jeden z rizikových faktorů, nejen pro škodlivost nikotinu, ale také pro kuřácký kašel, který s sebou kouření přináší a který má vliv na narušení závěsných struktur hrdla močového měchýře a močové trubice, což negativně přispívá k nedobrovolnému úniku moči. Očekávala jsem také to, že ženy budou v malé míře označovat alkohol a nedostatečnou hygienu genitálu jako

rizikový faktor vzniku močové inkontinence. Avšak domnívala jsem se, že alkohol budou ženy označovat častěji pro jeho škodlivý dopad na všechny struktury lidského organismu.

Šetření bylo dále zaměřeno na informace, zda ženy znají preventivní opatření související s močovou inkontinencí. Jak ukazuje tabulka č. 15 nejvíce žen považuje za účinnou prevenci posilování svalů pánevního dna tato možnost byla označena z 61,2 %, z dalších 21,4 % považují ženy za neúčinnější snížení tělesné hmotnosti, pokud je na místě, v 8,2 % byl označen příjem vhodných tekutin, v 5,1 % byla označena eliminace alkoholu a kouření, z 3,1 % správná volba potravin. Jak je uvedeno v tabulce č. 16 je počet jednotlivých možností, které označily těhotné ženy a ženy po porodu zde téměř vyrovnaný. Výjimku zde tvoří pouze možnost snížení tělesné hmotnosti, která byla označena častěji těhotnými ženami než ženami po porodu. Předpokládala jsem, že ženy budou nejčastěji označovat posilování svalů pánevního dna z důvodů, které jsem uvedla již výše. Domnívala jsem se, že většina žen bude považovat snížení tělesné hmotnosti jako vhodnou prevenci vzniku močové inkontinence, tato domněnka se mi nepotvrdila. Vzhledem k tomu, že je všeobecně známo, že rozumné snižování tělesné hmotnosti, tam kde je na místě, má pozitivní vliv na organismus a v převážné většině odborných zdrojů je spojováno s vhodným výběrem potravin, dodržováním pitného režimu očekávala jsem také, že bude větším počtem žen označena i možnost správné volby potravin a dostatečný příjem tekutin. Tento můj předpoklad se rovněž nepotvrdil. Vobořilová a Fremrová uvádí, že dodržování příjmu odpovídajícího množství tekutin je u klientů postižených močovou inkontinencí velmi důležité. V souvislosti s informacemi, které vyplývají z tabulky č. 13 jsem se domnívala, že ženy budou méně často označovat eliminaci alkoholu a kouření jako možnost prevence. Je tedy pro mě překvapující, že ač ženy nepovažují ve velké míře kouření a užívání alkoholu jako rizikový faktor, chápou eliminaci těchto zlovyků jako vhodnou prevenci. To jen potvrzuje všeobecně známé informace o tom, že kouření a užívání alkoholu ve velké míře všestranně škodí organismu.

V práci se dále zaměřuji na zjištění, zda mají ženy informace o tom, jaké možnosti léčby močové inkontinence existují. Z tabulky č. 17 vyplývá, že nejčastěji a to z 57 % považují ženy za vhodnou léčbu močové inkontinence posilování svalů pánevního dna. Další nejvíce zastupovanou možností byla operativní léčba a to z 24 %, ze 14 % byla zastoupena medikamentózní léčba, nejméně a to ze 3 % byla zastoupena jiná fyzioterapie, možnost implantace vaginálních kónusů či elektrostimulace. Ze 2 % byla zastoupena odpověď, že neexistuje žádná účinná léčba močové inkontinence. Jak vyplývá z tabulky č. 18 počet

možností označených těhotnými ženami a ženami po porodu je zde celkem vyrovnaný. Větší rozdíl je patrný pouze u možnosti medikamentózní léčby, kterou častěji označily těhotné ženy, nežli ženy po porodu. Opět mě nepřekvapilo, jak často označovaly ženy možnost posilování svalů pánevního dna za účinnou léčbu. Je tedy zřejmé, že jsou dobře informovány o účinnosti této metody. Jak uvádí Adamík je posilování svalů pánevního dna prvním krokem k úspěšnému zvládnutí močové inkontinence. Překvapujícím zjištěním pro mě bylo, že ženy uvádějí na druhém místě nejčastěji operativní léčbu. Odborníky je volen operativní postup až jako poslední možnost léčby močové inkontinence, až když selžou všechny možnosti konzervativní léčby. Očekávala jsem tedy, že ženy budou častěji uvádět možnosti léčby medikamentózní a jiné možnosti fyzioterapie, jako jsou vaginální kónusy nebo elektrostimulace. Toto mé očekávání se nenaplnilo. Položení tohoto dotazu v dotazníkovém šetření pro mě bylo přínosem, jelikož jedna respondentka ze skupiny žen po porodu doplnila mé informace o existenci EPI – NO balónku, o němž jsem dříve neslyšela, ani se s informacemi o této metodě fyzioterapie nesešla v žádném ze zdrojů, které jsem studovala. Rozšířila jsem tedy své znalosti o možnostech fyzioterapie močové inkontinence o nové informace.

Z tabulky č. 19 plyne informace, že 70 % všech dotazovaných žen zná cviky na posílení svalů pánevního dna a 30 % tyto cviky nezná. Z tabulky č. 20 je patrné, že častěji a to v 76,7 % tyto cviky znají ženy po porodu, nežli ženy těhotné, které uvedly v 63,3 % znalost cviků vedoucích k posílení svalů pánevního dna. Jak plyne z výsledků popsanych v předešlém textu, dalo se předpokládat, že většina žen bude mít informace o cvicích posilujících dno pánevní. Nejčastěji uváděly všechny respondentky, že mají informace z literatury, internetu a médií. Tuto možnost, jak je vidět z tabulky č. 21, uvedlo 30 % respondentek ze všech dotazovaných, stejný počet žen tedy 30 %, ale také uvedlo, že žádné informace o cvicích posilujících svaly pánevního dna dosud nezískalo. 21,7 % žen získalo informace od zdravotníků a nejméně respondentek a to 18,3 % uvedlo, že získaly tyto informace od instruktorů jógy, či jiných cvičení, které navštěvují. Jak ukazuje rozdělení žen v tabulce č. 22, značné rozdíly v četnosti odpovědí jsou zde u žen po porodu, které získaly častěji informace od instruktorů jógy a jiných cvičení, nežli ženy těhotné. Překvapilo mě, že nejvíce žen získalo informace o cvicích posilujících svaly pánevního dna z literatury a z internetu, domnívala jsem se, že nejčastějším zdrojem těchto informací budou zdravotníci. Myslím si, že tyto výsledky vznikly v důsledku toho, že ženy první informace o močové inkontinenci také vyhledávaly v literatuře, tedy v časopisech, knihách a na internetu. Je tedy pravděpodobné, že

se zároveň poprvé setkaly také s informacemi o cvicích vedoucích k posílení svalů dna pánevního. Sama jsem se přesvědčila, že ve všech literárních zdrojích, které jsem prostudovala k tématu močové inkontinence, byla vždy zmínka mimo jiné také o cvicích posilujících svaly dna pánevního. Smutná je informace o tom, že třetina žen žádné cviky nezná a nikdo ji o nich nepoučil. Předpokládala bych, že každá těhotná žena navštěvuje pravidelně svého gynekologa a těhotenskou ambulanci a že tedy každá tato žena bude poučena o riziku vzniku močové inkontinence v těhotenství či po porodu, zároveň, že bude poučena o nejméně invazivní metodě prevence, tedy o posilování svalů pánevního dna. Jodasová ve své práci odkazuje na Šimůnkovou, která uvádí, že před desítkami let se na lékařské fakultě učilo, že dotaz na potíže s močením patří mezi povinné otázky při anamnéze. Také z vlastních zkušeností z praxe vím, že dotaz zaměřený na problémy s močením patří do základní ošetřovatelské anamnézy, kterou všeobecná sestra nebo porodní asistentka odeberá od pacientky při prvním setkání. Z 21,7 % žen, které uvedly, že informace získaly od zdravotníků jich ½ získala informace od lékaře a ½ získala informace od sestry, porodní asistentky či fyzioterapeutky. Tyto výsledky jsou alarmující. Myslím si, že informovanost žen, ze strany zdravotníků v tomto směru, by se měla zlepšit. Považuji za nešťastné, že více žen získá informace o cvicích vedoucích k posílení svalů pánevního dna od instruktorky jógy, než od porodní asistentky. K tématu posilování cviků pánevního dna se ještě vztahují výsledky tabulky č. 23, která popisuje, kdy si ženy myslí, že je nejvhodnější zahájit cviky vedoucí k posílení svalů dna pánevního. Nejvíce a to 60 % si správně myslí, že je vhodné zahájit cvičení ještě v době před otěhotněním, 23,3 % žen se domnívá, že je vhodné zahájit posilování v době těhotenství a 16,7 % považuje za dostačující, když začnou posilovat svalstvo pánevního dna až po porodu. V tabulce č. 24 jsou patrné rozdíly v počtu odpovědí těhotných žen a žen po porodu. Rozdíly jsou zde značné u možnosti první, kdy zahájení posilování v době před otěhotněním označilo více těhotných respondentek, nežli respondentek po porodu. Další rozdíly jsou patrné u možnosti druhé, kdy období těhotenství častěji označily respondentky po porodu, nežli respondentky těhotné. Rozbor těchto výsledků z části omlouvá výsledky z předešlého textu. Je zřejmé, že když se ženy poprvé setkaly s informacemi o cvicích posilujících svaly pánevního dna v době před otěhotněním, nemohly jim je poprvé poskytnout porodní asistentky ani zdravotníci gynekologicko-porodnických zařízení. Tabulka č. 25 je pak zaměřena na výsledky toho, zda ženy také pravidelně posilují svaly dna pánevního. Pouze 33,3 % žen uvedlo, že pravidelně svaly pánevního dna posiluje a alarmujících 66,7 % pravidelně svaly dna pánevního neposiluje. Na základě výsledků

z tabulky č. 19, kde 70 % respondentek uvádí, že zná cviky vedoucí k posílení svalů pánevního dna a na základě vyhodnocení výsledků, kdy ženy nejčastěji označily posilování svalů pánevního dna jako vhodnou prevenci i léčbu, jsem očekávala, že bude závratný počet žen pravidelně posilovat svaly pánevního dna. Tento výsledek je pro mě tedy zklamáním. Na druhé straně musím přiznat, že ač jsem také žena a mám, myslím si dostatek informací o močové inkontinenci a dobrém vlivu posilování svalů pánevního dna, také toto svalstvo pravidelně neposiluji.

Ve své práci jsem dále zjišťovala míru informovanosti žen o existenci hygienických pomůcek užívaných při výskytu močové inkontinence. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 27, ze které plyne, že 80 % žen zná tyto hygienické pomůcky a 20 % žen tyto pomůcky nezná. Z tabulky č. 28 potom plynou rozdíly v četnosti odpovědí těhotných žen a žen po porodu, tyto rozdíly nejsou velké. V souvislosti s vysokým množstvím reklam, které prezentují tyto pomůcky, především vložky pro inkontinentní, jsem očekávala, že bude převážná většina žen znát hygienické pomůcky sloužící při močové inkontinenci. Toto očekávání se mi tedy naplnilo. Na existenci reklam zaměřených na hygienické pomůcky užívané při výskytu močové inkontinence upozorňuje i Jodasová ve své práci. Zmiňuje se o nich však v souvislosti s tím, že někdy může být reklama na vložky pro inkontinentní a plenkové kalhotky chápána, jako možnost léčby močové inkontinence. Ve své práci píše, že má dojem, že jsou ženské časopisy zahlcené reklamami na vložky a plenkové kalhotky s rozesmátými obličejí žen, které tyto pomůcky užívají. Myslím si, že skupina žen, na které jsem se zaměřila ve své práci já, nepovažuje užívání pomůcek jako možnost léčby močové inkontinence, ale jako něco nutného, přesto pouze dočasného. Jodasová se ve své práci zaměřovala i na ženy vyššího věku. Chápu, že tyto ženy mohou mít méně informací o existenci vhodné léčby a proto považují pomůcky pro inkontinentní jako něco, co vyřeší jejich problém s únikem moči. Toto řešení však není konečné.

V práci jsem dále zjišťovala, jestli mají těhotné ženy a ženy po porodu informace o nižším výskytu močové inkontinence u žen, které rodily Císařským řezem. Z tabulky č. 29 vyplývá, že těmito informacemi disponuje pouze 16,7 % žen. Tyto ženy zároveň vědí, proč je porod Císařským řezem ve vztahu ke vzniku močové inkontinence méně rizikový než porod vaginální. Dalších 20 % žen o tomto faktu také slyšely, ale neví proč tomu tak je. Zbývajících 63,3 % žen se s touto informací doposud nesetkalo. Z tabulky č. 30 jsou patrné rozdíly v četnosti odpovědí žen těhotných a žen po porodu. Tyto rozdíly nejsou nijak závratné.

Většina žen, které uvedly, že mají informace o nižším výskytu močové inkontinence u žen, které rodily Císařským řezem správně uvedlo, že vaginální porod má vliv na narušení struktur svaloviny pánevního dna, což vede ke vzniku močové inkontinence. Jak uvádí Frantálová, ženy, které nikdy nerodily, jen velmi zřídka trpí stresovou inkontinencí. Je tedy zřejmé, že vaginální porod je rizikovým faktorem vzniku močové inkontinence. Při porodu Císařským řezem svalovina pánevního dna, vazy a nervy této oblasti nejsou tak zatěžovány jako při vaginálním porodu. Z toho plyne, že ženy rodící Císařským řezem trpí inkontinencí méně často. Očekávala jsem, že většina tázaných žen bude s touto informací dobře obeznámena zdravotníky v rámci edukace týkající se porodu. Mé očekávání se nenaplnilo. Myslím si, že by se zdravotníci gynekologicko-porodnických ambulancí a oddělení měli více věnovat této edukaci. Každá těhotná žena by měla mít informace o průběhu vaginálního porodu a o změnách, které se v jejím těle mohou odehrávat v poporodním období.

Dále jsem chtěla zjistit, kolik porodů prodělaly respondentky a v jakém období se poprvé setkaly s vlastním únikem moči. Z tabulky č. 31 vyplývá, že 16,7 % respondentek čeká první porod, 48,3 % respondentek prodělalo jeden porod a 35 % respondentek prodělalo více než jeden porod. Rozdíly v četnosti odpovědí těhotných žen a žen po porodu jsou uvedeny v tabulce č. 32 a lišily se nejvíce u možnosti, u které ženy označovaly, že je čeká první porod. Tuto možnost logicky neoznačila žádná žena po porodu. Ženy po porodu pak mnohem častěji označily možnost, že prodělaly více porodů než jeden. Pouze jeden porod za sebou má téměř vyrovnaný počet žen těhotných i žen po porodu. V tabulce č. 33 pak všechny ženy uvádí, kdy se poprvé setkaly s vlastním únikem moči. Nejvíce žen a to 45 % označilo, že se s únikem moči nesetkalo nikdy. Tato hodnota pro mě byla překvapující. Předpokládala jsem, že se s únikem moči setkala převážná většina tázaných žen. Tento předpoklad jsem si odůvodňovala faktem, že všechny tyto ženy prošly obdobím těhotenství, polovina z nich také prodělala porod a některé ne jen jeden. Jak už jsem zmiňovala výše, těhotenství a porod je rizikovým faktorem vzniku močové inkontinence. Dále jsem si tuto domněnku podkládala faktem, že nízký počet žen neposiluje pravidelně svaly pánevního dna, jak vyplývá z mého šetření. Myslím si, že zde některé ženy neodpovídaly pravdivě. I přes to, že byl dotazník anonymní, některé respondentky se mohly stydět přiznat svůj problém. Dalších 38,3 % žen uvedlo, že se s výskytem močové inkontinence setkalo poprvé v období těhotenství, což jen potvrzuje fakt, že hormonální vlivy, zvýšení tělesné hmotnosti a změna anatomických struktur mají vliv na vznik nedobrovolného úniku moči. Dalších 15 % žen se s močovou inkontinencí poprvé setkalo v období po porodu. A 1,7 % žen se setkalo poprvé s nedobrovolným únikem

moči v době těhotenství. Tabulka č. 34 pak ukazuje rozdíly v četnosti odpovědí žen těhotných a žen po porodu. Z tabulky vyplývá, že 10 % žen po porodu se setkala poprvé s únikem moči v období po porodu. Zde se potvrzuje názor Frantálové, že 10 – 20 % všech žen po porodu trpí inkontinencí moči.

Posledním cílem mé práce bylo zjistit, zda těhotné ženy a ženy po porodu ví na koho se mohou v případě, že je postihne nedobrovolný únik moči, obrátit. Zda považují informace o močové inkontinenci, jimiž disponují, za dostatečné a zda mají zájem si dále prohlubovat tyto informace.

Z tabulky č. 35 vyplývá, že ženy v 73,3 % ví na koho se obrátit v případě, že by je postihl nedobrovolný únik moči a 26,7 % respondentek neví u koho by hledalo pomoc. Z tabulky č. 36 vyplývá, že jsou zde počty těhotných žen a žen po porodu, které odpovídaly na otázku, úplně vyrovnané. Domnívala jsem se, že většina žen bude mít ponětí o tom, u koho hledat pomoc v případě, že se vyskytne inkontinence močová. Tento výsledek je tedy potvrzením mé domněnky. Tabulka č. 37 potom podrobněji rozebírá, na jaké odborníky by se ženy obracely v případě, že by je postihl nedobrovolný únik moči. V tabulce vidíme, že z 46,3 % by se ženy nejčastěji obracely na gynekologa, z 35,2 % na praktického lékaře a z 18,5 % na urologa. Očekávala jsem, že nejvíce žen by se se svým problémem obracelo na gynekologa, protože si myslím, že gynekolog je pro ženu lékař, ke kterému musí mít důvěru. Po dobu těhotenství gynekolog s nastávající maminkou musí častěji spolupracovat, čímž se důvěra ženy v lékaře upevňuje, vztah mezi nimi se tedy prohloubí. Myslím si také, že močová inkontinence je pro ženu tak intimní záležitostí, že pokud se rozhodne svěřit se o ní, svěří se právě odborníkovi, ke kterému má důvěru. Praktický lékař by byl vyhledáván nejčastěji po gynekologovi. Myslím si, že toto zastoupení si zasloužil praktik především proto, že si převážná část společnosti myslí, že musí všechny své neduhy nejdříve hlásit praktikovi a ten teprve rozhodne, jaký bude postup léčby a zda je vhodné ženu odeslat k lékaři jiné odbornosti. V tabulce č. 38 jsou potom patrné rozdíly v četnosti odpovědí žen těhotných a žen po porodu. Z tabulky plyne, že těhotné ženy by nejčastěji pomoc hledaly u praktického lékaře, zatímco ženy po porodu by se raději obrátily na svého gynekologa.

V tabulce č. 39 jsou znázorněny informace o tom, zda ženy považují informace o močové inkontinenci, které mají za dostatečné. Z tabulky plyne, že 30 % žen považuje informace za dostatečné, 45 % žen si myslí, že nemá dostatek informací a 25 % žen neví jestli

jsou informace které mají dostatečné či nikoli. V tabulce č. 40 jsou patrný rozdíly v četnosti odpovědí žen těhotných a žen po porodu. Těhotné respondentky mají častěji dojem, že nemají dostatek informací. U respondentek po porodu jsou četnosti odpovědí na dané možnosti vyrovnané. V tabulce č. 41 je potom znázorněno, zda ženy mají zájem o to, prohloubit si informace o močové inkontinenci. Z tabulky plyne, že 53,3 % má zájem o prohloubení informací o nedobrovolném úniku moči a 46,7 % zájem o nové informace nejeví. Mile mě překvapilo, že ač si myslí 45 % žen, že nemá dostatek informací o močové inkontinenci, má zájem o jejich prohloubení vyšší procento žen. Z tabulky č. 42 vyplývá, že častěji mají zájem o prohloubení znalostí ženy po porodu. Očekávala jsem ale, že budou mít větší zájem o získání nových informací o této problematice ženy těhotné, které častěji uváděly, že si myslí, že dostatek informací nemají. Ideální by bylo, kdyby mělo zájem o rozšíření si znalostí v oblasti močové inkontinence 100% žen, těchto hodnot však nedosahujeme.

7. Návrh pro praxi

V této kapitole bych chtěla uvést několik svých návrhů, jejichž dodržováním v praxi by se dalo dosáhnout toho, že by těhotné ženy a ženy po porodu měly dostatek informací týkajících se močové inkontinence.

První nedostatek informací jsem zaznamenala v oblasti vědomostí souvisejících s nižším rizikem vzniku inkontinence moči u žen rodících Císařským řezem. V praxi by bylo vhodné, aby zdravotníci častěji s tímto faktem ženy seznamovali. Lepší informovanosti by bylo možno dosáhnout tak, že by zdravotníci pracující v gynekologické a těhotenské ambulanci seznámili těhotnou ženu s informací, že porod vaginální je pro vznik močové inkontinence vyšším rizikem než porod Císařským řezem. Tato informace by pak měla být ještě doplněna o vysvětlení příčin této skutečnosti. Těhotná žena by potom věděla, jakými způsoby může vzniku inkontinence moči zabránit, nebo alespoň snížit riziko jejího vzniku, pakliže ji čeká porod vaginální.

S touto informací souvisí také druhý nedostatek informací, na který jsem narazila. Ne všechny ženy ví, že posilování svalů pánevního dna je nejlepším způsobem prevence vzniku nedobrovolného úniku moči. Je zde na místě, aby se zdravotníci více zaměřili na edukaci žen v této oblasti. Aby mohli však lékaři, všeobecné sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti poskytovat informace o posilování svalů pánevního dna, je důležité, aby s těmito informacemi byli sami dostatečně obeznámeni a aby tyto znalosti aktivně vyhledávali a doplňovali si je. Takto vzdělání zdravotníci potom mohou edukovat těhotnou ženu, nebo ženu po porodu o pozitivním vlivu posilování svalů pánevního dna, jakožto o účinné prevenci vzniku močové inkontinence. Informace mohou zdravotníci ženám poskytovat jak ústně formou přednášky nebo rozhovoru, tak formou edukačních materiálů. Proto by bylo vhodné, kdyby v čekárnách gynekologických a těhotenských ambulančí byly rozmístěny brožury či letáky o dobrém vlivu posilování svalů pánevního dna. Na místě by zde byla kooperace porodních asistentek a všeobecných sester s fyzioterapeutkami. Kdy by se sestry a asistentky mohly zaměřit na podávání informací o důležitosti posilování a jeho efektu a fyzioterapeutky by se pak mohly věnovat praktickému předvedení a nácviku posilování svalů dna pánevního se samotnými ženami.

8. Závěr

Při výběru námětu své bakalářské práce jsem se rozhodovala mezi několika tématy. Nakonec jsem zvolila téma Informovanost žen ve věku od 20 do 40 v oblasti močové inkontinence vznikající v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Toto téma jsem vybrala proto, že mi připadá zajímavé a také proto, že si myslím, že močová inkontinence je problém, který bývá přisuzován spíše starším ženám. Domnívala jsem se, že ženy v reprodukčním jsou opomíjeny v informovanosti o této problematice.

V teoretické části jsem se zaměřila na popis anatomických struktur dolních močových cest a také na jejich fyziologické funkce. Dále jsem se věnovala popisu močové inkontinence, jejích typů, rizikových faktorů, vyšetřovacích metod, prevenci a léčbě nedobrovolného úniku moči. Okrajově jsem zmínila také ekonomickou stránku této problematiky, edukaci žen trpících močovou inkontinencí a v neposlední řadě také to, že je inkontinence problém týkající se i mužů.

Výzkumné šetření jsem prováděla v Nemocnici Na Bulovce na gynekologicko-porodnické klinice. Respondentky, které jsem oslovila, byly klientky oddělené šestinedělí a těhotenské ambulance. Při vedení výzkumného šetření jsem se setkala s maximální vstřícností a ochotou jak ze strany respondentek, tak ze strany zdravotníků gynekologicko-porodnické kliniky.

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala otázkou, zda mají ženy ve věku od 20 do 40 let, navštěvující gynekologicko-porodnickou ambulanci a hospitalizované na gynekologicko-porodnickém oddělení dostatek informací o močové inkontinenci, která může vzniknout v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Jak již bylo několikrát zmiňováno inkontinence močová je nepříjemný, invalidizující problém, který však není neřešitelný.

Prvním cílem bylo zjistit, zda ženy ve věku od 20 do 40 let mají informace o močové inkontinenci, jejích rizikových faktorech, prevenci a léčbě a odkud je získávají. Tento cíl byl splněn. Druhým cílem bylo zjistit, zda mají ženy ve věku od 20 do 40 let povědomí o důležitosti preventivního posilování svalů pánevního dna, rovněž byl tento cíl splněn. A třetím splněným cílem bylo zjistit, zda ženy ve věku od 20 do 40 let hodnotí množství informací o močové inkontinenci jako dostatečné a zda ví, kde si mohou prohloubit znalosti.

Ve své práci jsem na základě vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření došla k závěru, že ženy od 20 do 40 let, kterých jsem se dotazovala, v převážné většině mají informace o tom, co je to močová inkontinence a umí ji správně definovat. 55 (91,7 %) žen se již někdy setkala s pojmem močová inkontinence, zatímco správně definovat močovou inkontinenci umí 59 (98,3 %). Ženy nejčastěji, a to v 63, 3 %, tedy celkem 38 žen, získávají informace o močové inkontinenci z literatury, tedy z knih, časopisů a internetu. S prvními informacemi se ženy nejčastěji setkávají již v době před otěhotněním. V tomto období se s prvními informacemi setkala 38 (63,3 %) žen. Jak je patrné, zdroje ze kterých ženy čerpají informace jsou bohaté na skutečnosti o této problematice, protože ženy jsou dobře informované o tom, jaké rizikové faktory se podílí na vzniku močové inkontinence. Co se týče prevence, všechny respondentky, tedy 60 (100 %) žen, správně považuje posilování svalstva pánevního dna za nejlepší možnost předcházení inkontinence moči. Ženy ale znají i jiná preventivní opatření. Stejně tak ženy nejčastěji považují posilování svalů pánevního dna jako vhodnou léčbu močové inkontinence. Tuto možnost uvedlo 57 (95 %) žen. Vedle této možnosti, pak znají ženy i jiné způsoby účinné léčby. Většina žen, a to 48 (80 %) žen, zná také hygienické pomůcky, které je možno používat v případě postižení močovou inkontinencí. Většina žen, a to 38 (63,3 %) dotazovaných žen, nemá informace o vyšším riziku vzniku močové inkontinence vlivem vaginálního porodu, respektive o tom, že porod Císařským řezem je z hlediska vzniku nedobrovolného úniku moči méně rizikovým.

O cvicích vedoucích k posílení svalstva pánevního dna nemají informace všechny ženy. Žen, které informace mají je 42 (70 %). Ty ženy, které těmito informacemi disponují, je nejčastěji, a to v 30 %, získávají z literárních zdrojů. Ne všechny ženy vědí, že s posilováním svalstva dna pánevního je vhodné začít již před otěhotněním. Žen které mají tyto informace je celkem 36 (60 %). Zdravotníci by zde měli více zapůsobit a klást častěji důraz na to, aby byly ženy v této oblasti poučeny. Také málo žen, tedy 20 (33,3 %) respondentek, pravidelně svaly pánevního dna posiluje. Opět by zde prospěla větší aktivita zdravotníků v poskytování informací o důležitosti posilování této skupiny svalů.

Ženy ve věku od 20 do 40 let většinou mají pocit, že nemají dostatek informací o močové inkontinenci nebo neví, zda mají těchto informací dostatek. Celkem 18 (30 %) respondentek má dojem, že má dostatek informací o močové inkontinenci a 15 (25 %) respondentek neví, zda má informací dostatek. V případě, že by ženy postihl problém s nedobrovolným únikem moči, tak by nejčastěji o pomoc požádaly svého gynekologa, nebo

praktického lékaře, méně často pak urologa. Gynekologa by vyhledalo 25 (46,3 %) žen, praktického lékaře 19 (35,2 %) žen a urologa pouze 10 (18,5 %) žen. O prohloubení znalostí o močové inkontinenci nemají zájem všechny ženy. Zájem nemá téměř polovina dotazovaných žen, tedy 28 (46,7 %) žen.

Bylo by vhodné, aby zdravotníci aktivně seznamovaly ženu s informacemi o močové inkontinenci a jejích dopadech. Tak by ženy inkontinenci moči nepodceňovaly a věnovaly by více úsilí k tomu, aby se jí zdárně vyhnuly. Častější a důraznější edukace ze strany zdravotníků je zde tedy zcela na místě.

Závěrem bych chtěla dodat, že i přes to, že téma mé práce nesouvisí s oborem ve kterém pracuji, považuji informace, se kterými jsem se setkala při výzkumném šetření za zajímavé a obohacující. Považuji za úspěch i to, že i přes některé překážky a nejasnosti jsem za vydatné podpory své vedoucí práce Mgr. Novotné došla zdárně ke konci. Snad bude má bakalářská práce zdrojem informací pro další studenty.

9. Seznam použité literatury

- [1] CANTIENI, B. : *Cvičení po porodu : metoda CANTIENICA pro pevnou postavu a posílení pánevního dna*. Brno : Computer Press , 2007 , s. 160. ISBN 978-80-251-1465-0
- [2] CONRAD STÖPPLER, M. : *Urinary incontinence in men*. [Online].
http://www.medicinenet.com/urinary_incontinence/article.htm
- [3] Český statistický úřad. *Obyvatelstvo ve věku 15 a více let podle věku, nejvyššího ukončeného vzdělání a pohlaví*. [Online].
<http://www.scitani.cz/>
- [4] HALAŠKA, M. : *Multifaktorální analýza vlivu prenatální péče, průběhu porodu a puerperia na poruchy sexuálního života a výskytu močové a anální inkontinence u primipar v těhotenství a po porodu*. Praha, Fakultní nemocnice Na Bulovce, 2007, s. 129.
- [5] JODASOVÁ, D. : *Míra informovanosti žen o komplexním řešení močové inkontinence. [Women's awareness of comprehensive solution of urinary incontinence]*. České Budějovice, 2010, s. 58, příl. 4. Bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějvicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Festová, Andrea.
- [6] KUTNOHORSKÁ, J. : *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. , 2009, 176 s., IBSN : 978-80-247-2413-4.
- [7] LEYEROVÁ, L. : Onemocnění močového měchýře a jeho léčba. *Urologie pro praxi*, 2011, roč. 12, č. 4, s. 249 – 255. ISSN: 1213 – 1768, 1803 – 5299.
- [8] MARTAN, A. : *Nové operační postupy v urogynéologii: řešení stresové inkontinence moči a defektů pánevního dna u žen*. Praha: Maxford, 2011, 177 s., ISBN: 978-80-7345-233-9
- [9] RYBÁŘOVÁ, L. : Posouzení kvality života žen s močovou inkontinencí. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 4, s. 38 – 40. ISSN: 1210 – 0404.
- [10] STEFANO, S., STEFANO, U., MAURIZIO, S. : *Stress urinary incontinence in women childbearing age*. [Online].
<http://www.touchobgyn.com/articles/stress-urinary-incontinence-women-childbearing-age>
- [11] *Stress incontinence*. [Online].
http://en.wikipedia.org/wiki/Stress_incontinence
- [12] ŠIMŮNKOVÁ, M. : Inkontinence – poslední tabu?. *Zdravotnické noviny*, 2008, roč. 57, č. 20, s. 16 – 18. ISSN: 1805 – 2355, 1214 - 7664
- [13] ŠOTTNER, O. : *Fyziologie, anatomie a patofyziologie mikce*. Zdravotnické noviny. [online].
<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/fyziologie-anatomie-a-patofyziologie-mikce-163004>

[14] TARNAY,CH., BHATIA, N. : *Urinary incontinence – Overview*. [Online].

<http://www.health.am/gyneco/urinary-incontinence-overview/>

[15] *Uroflowmetrie*. [Online]

<http://vysetreni.vitalion.cz/uroflowmetrie/>

[16] VOBOŘILOVÁ, A. , FREMROVÁ, V. : Péče o inkontinentního pacienta. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, roč. 3, č. 7, s. 244 – 245, ISSN: 1801 – 1349.

[17] VERNER, P. : Farmakoterapie močové inkontinence. *Farmakoterapie*, 2007, roč. 3, č. 5, s. 513 – 522. ISSN: 1801 -1209, 1801 – 7509.

10. Seznam citací

- [1] ADAMÍK, Z. : Terapie stresové inkontinence. *Medical tribune*, 2007, roč. 3, č.13, s. 1. ISSN : 1214 – 8911.
- [2] ADAMÍK, Z. : Řešení úniku moči u žen. *Medical tribune*, 2007, roč. 3, č. 13, s. 1 - 4. ISSN: 1214 – 8911.
- [3] BUDAYOVÁ, K. , SOUKUPOVÁ, D. : Inkontinence a možnosti její léčby. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 4, s. 41 – 42. ISSN: 1210 – 0404.
- [4] FRANTÁLOVÁ, D. : Inkontinencí trpí i vrcholové sportovkyně. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 9, Mimoř. Příl. (Inkontinence), s. 4. ISSN: 1210 – 0404.
- [5] FRANTÁLOVÁ, D. : Až dvacet procent rodiček trápí inkontinence moči. *Sestra*, roč. 17, Mimoř. Příl. č. 9, s. 3. ISSN: 1210 – 0404
- [6] HALAŠKA, M. : *Urogynekologie*. 1. Vyd., Praha: Galén, 2004, xvi, 256 s., ISBN: 80-7262-272-2
- [7] CHALOUPKA, P. : Metoda TVT představuje zlatý standart. *Medical tribune*, 2007, roč. 3. č. 13, s. 3. ISSN : 1214 – 8911.
- [8] CHMEL, R. : *Ženská močová inkontinence: nepříjemný ale léčitelný problém v každém věku*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 72 s. Lékař a pacient. ISBN 978-802-0422-798.
- [9] Inkontinence moči ve všeobecné gynekologické ambulanci. [Online]. <http://www.mocova-inkontinence.cz/>
- [10] JUŘENÍKOVÁ, P. : *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. , 2010, 80 s., ISBN: 978-80-247-2171-2.
- [11] KRČMÁŘ, M.: *Stresová inkontinence moči u žen po porodu*. [Online]. <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/stresova-inkontinence-moci-u-zen-po-porodu-455784>
- [12] NAŇKA, O. , ELIŠKOVÁ, M. , ELIŠKA, O. : *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Editor Lubomír Houdek. Praha: Karolinum, 2009, xi, 416 s. ISBN 978-802-4617-176.
- [13] OBORNÝ, T. , GARTNER, M. : Inkontinence není neřešitelný problém!. *Sestra*, 2009, roč. 19, č.10, s. 66. ISSN: 1210 - 0404
- [14] STAŇKOVÁ, G. a KOVAŘÍKOVÁ, A.: Kazuistika - Edukace žen se stresovou inkontinencí. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 2, s. 72-75. ISSN 1210-0404.
- [15] ŠIMŮNKOVÁ, M. : Inkontinence – poslední tabu?. *Zdravotnické noviny*, 2008, roč. 57, č. 20, s. 16 – 18. ISSN: 1805 – 2355, 1214 - 7664

[16] VERNER, P. : Farmakoterapie močové inkontinence. *Farmakoterapie*, 2007, roč. 3, č. 5, s. 513 – 522. ISSN: 1801 -1209, 1801 – 7509.

11. Seznam informačních zdrojů použitých pro tvorbu příloh

[1] Evolučně důležité znaky na lidském těle. Somatické svaly epaxiální, hypaxiální. [Online].
<http://rocek.gli.cas.cz/Courses/Panevni%20dno%20small.jpg>

[2] Hyperaktivní měchýř, Obecné informace pro lidi trpící hyperaktivním měchýřem.
[Online].
http://www.hyperaktivni-mechyr.cz/dokumenty/mikcni_denik.pdf

[3] Fakultní nemocnice Brno. Operační výkony – informované souhlasy. Urogynekologický dotazník. [Online].
<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/gynekologicko-porodnicka-klinika/operacni-vykony-informovane-souhlasy/t2138>

[4] HEJZLROVÁ, L.: *Pracovní postup péče o klienta/pacienta s inkontinencí moči*. [Online].
http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2009_0001_revize_2.pdf

[5] Léčba inkontinence miniinvazivní metodou TVT Ajust. [Online].
<http://www.gynekologicka-ordinace.cz/sim-03.jpg>

[6] Operační léčba inkontinence (samovolného úniku) moče u žen. Implantace transobturatorní pásky. [Online].
<http://www.onhb.cz/article.asp?nArticleID=167&nLanguageID=1>

12. Klíčová slova

močová inkontinence

porod

těhotenství

žena

informovanost

dotazník

Přílohy

Přílohy:

Příloha č. 1: Svaly pánevního dna

Příloha č. 2: Mikční deník

Příloha č.3: Gaudenzův dotazník

Příloha č. 4: Tabulka pomůcek pro inkontinentní klienty

Příloha č. 5: TVT páska

Příloha č. 6: TOT páska

Příloha č. 7: Dotazník

Příloha č. 8: Význam symbolů užitých v tabulkách

Příloha č. 9: Seznam tabulek

Příloha č. 10: Seznam grafů